

**FACTORES INFLUYENTES EN TRASTORNOS DEPRESIVOS EN MUJERES
DEL BARRIO EDMUNDO LOPEZ DE MONTERÍA 2018**

MARIA CAMILA CARABALLO ESPITIA

DAVID JOSÉ FERNÁNDEZ ABAD

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ENFERMERÍA
MONTERÍA-CÓRDOBA**

2018

**FACTORES INFLUYENTES EN TRASTORNOS DEPRESIVOS EN MUJERES
DEL BARRIO EDMUNDO LOPEZ DE MONTERÍA 2018**

MARIA CAMILA CARABALLO ESPITIA

DAVID JOSÉ FERNÁNDEZ ABAD

**TRABAJO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE
PROFESIONAL EN ENFERMERIA**

MSc. PhD. MARILYN VILLADIEGO CHAMORRO

Asesora Metodológica

RN. ESF. MSc. REGINA COGOLLO JIMÉNEZ

Asesora temática

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA- CÓRDOBA

2018

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado

Jurado

Jurado

Montería, 22 mayo 2018

DEDICATORIA

A mi Dios celestial, porque gracias a Él me llené de fuerzas diariamente y pude ser capaz de levantarme luego de afrontar cada una de las adversidades; y al mismo tiempo, celebrar todos los triunfos obtenidos.

A mis padres Luz Estela Espitia y Ariel Caraballo por ser mis motores de vida, mi razón de ser cada día mejor e impulsarme a salir adelante. Mis Abuelos Plinio Espitia Rubio y Catalina Salcedo Garcés, por ser mis segundos padres, mi apoyo incondicional siempre que necesité algo y quienes más desean verme superada. A mi tío Milton Espitia, que a pesar de la distancia nunca me dejó sola y estuvo dispuesto a acompañarme en cada paso nuevo de mi camino.

A esa persona nueva que apareció en mi vida quién me brindó apoyo y consuelo en momentos de crisis, me enseñó que quien menos se espera te puede robar el corazón y por último, me enseñó a querer sin importar lo que diga la gente. JFBP.

A todas aquellas personas que siempre tuvieron fe en mí y confiaron en mis capacidades. Muchas gracias.

María Camila Caraballo Espitia

AGRADECIMIENTOS

A través de este medio queremos agradecerle:

A nuestra Alma Máter por ser el escenario principal de nuestra formación y esforzarse siempre por brindarnos las mejores oportunidades con el fin de alcanzar nuestros objetivos educativos.

Nuestro Programa de Enfermería por disponer de los docentes más capacitados en sus diferentes áreas quienes impartieron los mejores conocimientos para nosotros ponerlos en práctica. Así mismo, disponer de un programa impactante positivamente en la comunidad y estudiantes, como lo es el “Programa de Salud Familiar”.

A la comunidad del Barrio Edmundo López por tener siempre las puertas de sus casas abiertas, no es sencillo dejar entrar extraños a su hogar, y definitivamente nos hicieron sentir parte de su familia.

A las mujeres del Barrio Edmundo López pertenecientes al Programa de Salud Familiar por colaborar con éste trabajo, ellas fueron uno de nuestros pilares más fuertes para desarrollar ésta investigación.

A la Docente RN. ESF. MSc. Regina Cogollo Jiménez por estar dispuesta a trabajar con nosotros y brindarnos las mejores herramientas para el desarrollo de la investigación.

CONTENIDO

| | Págs. |
|---|-------|
| 1. OBJETIVOS | 15 |
| 2. REFERENTE TEÓRICO | 16 |
| 2.1.1 Salud Mental | 16 |
| 2.1.2 Depresión | 17 |
| 2.1.3 Factores que influyen en los Trastornos depresivos | 27 |
| 2.1.4 Depresión en la mujer..... | 33 |
| 2.1.5 Atención de Salud mental | 34 |
| 2.1.5 Teoría Psicodinámica de Hildegard E. Peplau (1952-....)..... | 36 |
| 2.2 MARCO HISTÓRICO..... | 38 |
| 2.3 MARCO CONCEPTUAL..... | 43 |
| 2.4 MARCO LEGAL | 44 |
| 3. METODOLOGÍA..... | 49 |
| 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 55 |
| 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | 55 |
| 4.2 SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN - INSTRUMENTO SRQ (OMS) | 67 |
| 4.3 GRADO DE DEPRESIÓN - INSTRUMENTO SRQ (OMS)..... | 71 |
| 4.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS | 74 |
| 5. CONCLUSIONES..... | 75 |
| 6. RECOMENDACIONES | 79 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 80 |
| ANEXO A..... | 89 |
| ANEXO B..... | 90 |

LISTA DE TABLAS

Págs.

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Edad de las mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 57 |
| Tabla 2. Estado civil de las mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 59 |
| Tabla 3. Grado de escolaridad de las mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 61 |
| Tabla 4. Personas por hogar en las familias del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 63 |
| Tabla 5. Número de hijos de las mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 65 |
| Tabla 6. Tipología familiar de mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López | 66 |
| Tabla 7. Grado Presencia de síntomas de Depresión en mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 68 |
| Tabla 8. Síntomas de Depresión en mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 70 |
| Tabla 9. Grado de Depresión en las mujeres del Programa Salud Familiar del Barrio Edmundo López | 72 |

LISTA DE GRÁFICAS

Págs.

| | |
|--|----|
| Grafica 1. Edad de las mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 58 |
| Grafica 2. Estado civil de las mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 60 |
| Grafica 3. Grado de escolaridad de las mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 62 |
| Grafica 4. Personas por hogar en las familias del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 64 |
| Grafica 5. Número de hijos de las mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 65 |
| Grafica 6. Tipología familiar de mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López | 67 |
| Grafica 7. Grado Presencia de síntomas de Depresión en mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 69 |
| Grafica 8. Síntomas de Depresión en mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López..... | 71 |
| Grafica 9. Grado de Depresión en las mujeres del Programa Salud Familiar del Barrio Edmundo López..... | 73 |

LISTA DE ANEXOS

Págs.

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO ----- 95

ANEXO B. INSTRUMENTO SRQ ----- 96

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores que influyen en los trastornos depresivos en la mujer con la aplicación del instrumento SRQ de la OMS en el barrio Edmundo López de Montería en 2018. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo. Población 60 mujeres de 55 familias del Programa Salud Familiar, residentes en el barrio Edmundo López, de la ciudad de Montería, se tomaron datos sociodemográficos de la historia clínica y el instrumento SRQ incluidos en la carpeta del programa de salud familiar, **Resultados:** El porcentaje de mujeres que presentaron síntomas de depresión fue de un 55%, de estas 78% presento Depresión leve 18,2 moderada y un 3% severa. El síntoma de depresión que más se presento fue la dificultada para tomar decisiones 39%, las mujeres con edades entre 50 a 69 fueron las que más presentaron depresión 36,4, las mujeres que solo alcanzaron un grado de escolaridad bachiller presentaron más depresión 45,5, en unión libre 36,4, el número de personas por hogar 7-9 48,5, tipología familiar familia extensa incompleta 57,6. **Conclusiones:** se evidencio que en las mujeres existen factores que influyen en la aparición de síntomas de depresión, que dichos factores hacen parte de la vida, el medio y el día a día de las mujeres en el barrio Edmundo López, así como existe una estrecha relación entre estos factores, que en conjunto pueden favorecer en mayor medida la aparición de los síntomas, siendo algunos de estos como la edad, la escolaridad o la tipología familiar, por lo que se ve necesario realizar una intervención basada en el modelo de peplau con redes de apoyo y el enfermero adquiriendo diferentes roles que le permitan abordar a la mujer en sus diferentes contextos.

Palabras Clave: Depresión, salud, mujer, factores.

SUMMARY

Objective: To identify the factors that influence depressive disorders in women with the application of the WHO SRQ instrument in the Edmundo López de Montería neighborhood in 2018. **Materials and methods:** Descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. Population 60 women from 55 families of the Family Health Program, residents of the Edmundo López neighborhood of the city of Montería, took sociodemographic data of the clinical history and the SRQ instrument included in the family health program folder. **Results:** The percentage of women who had symptoms of depression was 55%, of these 78% had mild depression 18.2 moderate and 3% severe. The symptom of depression that occurred most was the difficulty to make decisions 39%, women with ages between 50 to 69 were the most depressed 36.4, women who only reached a high school level had more depression 45, 5, in free union 36.4, the number of persons per household 7-9 48.5, family typology extended family incomplete 57.6. **Conclusions:** it was evidenced that in women there are factors that influence the appearance of symptoms of depression, that these factors are part of the life, the environment and the daily life of the women in the Edmundo López neighborhood, as well as there is a narrow relationship between these factors, which together may favor the appearance of symptoms, some of them being age, schooling or family typology, so it is necessary to perform an intervention based on the model of peplau with support networks and nurses acquiring different roles that allow them to approach women in their different contexts.

Keywords: Depression, health, woman, factors.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹; por esta razón existen diferentes factores y condiciones presentes en las interacciones sociales y personales de la mujer que pueden condicionar y alterar dicho estado de bienestar mental, los cuáles es imprescindible determinar ya que en pocas ocasiones se le da la debida importancia a nivel social, iniciando esta problemática desde la misma familia, puesto que son los directos agentes que interactúan con la mujer y son ellos mismos quienes en su mayoría pasan desapercibido o se les dificulta identificar cuando la mujer está presentando algún tipo de alteración, siendo la Depresión una de las más comunes.

La Depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar, teniendo en cuenta que “Cuando se habla de Depresión se hace alusión a un amplio espectro de trastornos que comparten síntomas considerados centrales, situándolos a todos en la categoría de trastornos del estado de ánimo, que se manifiestan con distintos niveles de intensidad, curso y duración, y que a su vez dependen en gran medida de variables como la edad, la procedencia y el género”².

Se calcula según la OMS que la Depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, dentro de las cuáles en mayor porcentaje se encuentran las

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Salud mental: un estado de bienestar. 2017. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/. Citado: 23/03/2018

² PÉREZ, C. L. Características clínicas de la Depresión en hombres: prevalencia y factores asociados. 2014.

mujeres, convirtiéndose así en un problema de salud pública que ha preocupado a la sociedad.

La Depresión afecta a nueve de cada 100 mujeres, casi tres veces más que a los hombres debido a factores hormonales y circunstancias de género. El riesgo de padecer trastornos depresivos aumenta en cada ciclo reproductivo ya que se produce un descenso en la producción de estrógenos.

El Enfermero/a cuidador de salud mental ha de conocer, desarrollar e interiorizar ciertas habilidades terapéuticas que son específicas de su labor profesional. Para ello, resulta conveniente conocer cuáles son nuestras funciones y así identificar las habilidades que debemos poner en marcha en la relación con los pacientes y familias³, con el fin de promover en lo posible, una total independencia y autocuidado.

Con relación a los cuidados en Enfermería en salud mental en el estudio se utilizó la Teoría Psicodinámica de Hildegard E. Peplau⁴, donde plantea que se requiere entender la propia conducta, para ayudar a otras personas a identificar sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

³ ALONSO CASTRO, Bárbara; MONTERO HERNÁNDEZ, Susana; ROMÁN RODRÍGUEZ DE TUDANCA, Nerea; RODRÍGUEZ PÉREZ, Laura y ROSIQUE ROBLES, Araceli. Habilidades terapéuticas del cuidador especialista en salud mental. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Las Enfermeras de salud mental y la exclusión social: hablando claro. Murcia, 2017.

⁴ RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en Enfermería. Hildegard E. Peplau. Teoría Psicodinámica a. 8ª Edición. ISBN: 9788490227275 Editorial: S.A. Elsevier España, 2014. 744 p.

Esta investigación se realizó con el fin de visualizar la presencia de Depresión en la mujer de los hogares del barrio Edmundo López de Montería, identificar el tipo de Depresión Leve, Moderada o Grave, y determinar cuáles son los factores asociados con mayor frecuencia en la aparición de esta enfermedad en la mujer.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que influyen en los trastornos depresivos en mujeres del barrio Edmundo López de Montería en 2018.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población objeto de estudio según variables sociodemográficas.
- Identificar el porcentaje de mujeres encuestadas afectadas con síntomas de Depresión
- Clasificar los trastornos depresivos más comunes en ésta población.
- Determinar los 5 principales factores que influyen en los trastornos depresivos en la mujer.

2. REFERENTE TEÓRICO

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 Salud Mental

Según la Ley 1616 de 2013⁵, la salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

La OMS define “Una buena salud mental permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentar las situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad”⁶, en tanto que, los problemas y trastornos mentales se asocian con una gran discapacidad y mala calidad de vida.

La salud mental presenta diversos trastornos y cada uno acarrea características diferentes que permiten identificarlos para así brindar una atención integral con su respectivo tratamiento en caso de ser necesario, sin embargo es importante tener claridad de cada uno y clasificarlos adecuadamente.

⁵ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Ley 1616 de 2013. Gestión integrada para la salud mental en Colombia. Bogotá, 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/gestion-integrada-para-la-salud-mental.aspx>. Citado: 18/02/2018

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ Citado: 18/02/2018

Uno de los trastornos más comunes a nivel mundial de la salud mental es la Depresión la cual afecta a millones de mujeres pero que a pesar de esto, pasa desapercibido o simplemente no se le da la importancia que se merece; llevando a la complicación más grave de esta enfermedad, que viene siendo la muerte.

2.1.2 Depresión

La OMS ha definido Depresión⁷ como trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La Depresión puede ser recurrente (episodios repetitivos) o crónica, ambas son de vital importancia ya que pueden afectar el desempeño de la persona alterando desde la esfera familiar hasta la social, laboral, entre otras; y finalmente conducir a lo que todos queremos evitar que es el suicidio. En la forma más débil se puede tratar sin medicamento, pero en caso de ser moderada o grave, se puede necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

2.1.2.1 Síntomas de Depresión

La Depresión es un trastorno mental frecuente, es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio,

⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Temas de salud, Depresión. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>. Citado: 18/02/2018

especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio⁸.

Los síntomas pueden variar de una persona a otra⁹.

- ✓ Físicos: alteración del sueño y apetito, enlentecimiento psicomotor, fatiga
- ✓ Cognitivos: disminución de la autoestima, desesperanza, dificultades en memoria, concentración y toma de decisiones, ideas de culpa, de muerte y de suicidio.
- ✓ Emocionales: estado de ánimo deprimido persistente, irritabilidad, llanto frecuente, anhedonia (incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades).

Los síntomas más frecuentes son: presencia de tristeza, pérdida de interés en las actividades con las que se disfrutaba o tener escaso placer al realizarlas la mayoría de los días durante las últimas semanas, ánimo bajo, tristeza o sentimientos de desesperanza, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño (insomnio) o del apetito, ataques de pánico, sensación de cansancio y falta o pobre concentración; puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar

⁸ Ibíd.

⁹ PANIAGUA SUÁREZ, Eugenio; GONZÁLEZ POSADA, Carlos Mauricio; OCHOA VARGAS, Sandra Milena. Sintomatología depresiva y su asociación con factores individuales y familiares en adolescentes escolarizados 2010. Trabajo de grado para optar por el título de profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Universidad de Antioquia. Medellín, 2010.

sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.

Otros síntomas son: Irritabilidad (enfadarse fácilmente), ganas de llorar sin motivo aparente, pérdida de energía o cansancio, problemas de sueño, cambios en el apetito, que a veces conduce a variaciones en el peso, dificultad para concentrarse o problemas de memoria, pérdida del interés sexual, sentimientos de inutilidad o culpa, pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo, deseos de muerte o ideas suicidas.

La Depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres, aunque a esta edad las diferencias no resultan tan marcadas como en otras épocas de la vida¹⁰.

En relación con esto, Cerquera Córdoba y Meléndez Merchán¹¹ plantean que el varón es conceptualizado como un ser poderoso a quien nada lo puede afectar, por lo que los síntomas se escudan en otras áreas y no se manifiestan como comportamientos depresivos. Una cultura machista que enseña que el hombre no llora, cohibe la expresión de síntomas depresivos, los cuales pudieran manifestarse de otras maneras, como el alcoholismo. En este entorno sociocultural, el llorar y admitir síntomas relacionados con la depresión es interpretado como debilidad e incluso falta de virilidad, por lo que es menos probable que los hombres se permitan expresar o admitir sentimientos de tristeza.

¹⁰ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Salud mental del anciano. Identificación y cuidados de los principales trastornos. [Internet]. Disponible en: www.insp.mx/geriatria/acervo/pdf/saludmental.pdf. Citado:18/02/2018

¹¹ CERQUERA CÓRDOBA, A. M.; MELÉNDEZ MERCHÁN, C. Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento Psicológico*. 2010;7(14), 63-71.

2.1.2.2 Tipos de depresión

Los más comunes son el Trastorno depresivo grave y el Trastorno distímico.

- **Trastorno Depresivo Grave**, también llamado **Depresión grave**. Se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras; incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de Depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.
- **Trastorno Distímico o Distimia**. Se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con Distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Otros tipos de trastornos depresivos:

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de Depresión. Estas incluyen:

- **Depresión psicótica.** Ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios¹².

- **Depresión posparto.** es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto. Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después. Puede afectar en cualquier tipo de parto o número de embarazo. En relación a la intervención, el primer paso es detectarla, especialmente en sus inicios, cuando se perciban síntomas o se presenten signos de alarma, como quejas psicósomáticas, cansancio, dolores, múltiples llamadas para pedir ayuda, o se observe que la mujer está triste, preocupada o con miedo¹³.

- **Trastorno afectivo estacional.** Se define como la presencia de episodios depresivos mayores recurrentes en una época determinada del año. En su fisiopatología están implicados diferentes mecanismos tales como: la alteración del ritmo circadiano, la sensibilidad retiniana a la luz, el metabolismo anormal de la melatonina y la disminución de la secreción de neurotransmisores, sobre todo de la serotonina. El tratamiento se basa en la fototerapia o farmacoterapia, optando por uno u otro según las características clínicas del paciente¹⁴.

¹² THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH). Depresión. Washington, 2009. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf. Citado:24/02/2018

¹³ MEDINA SERDÁN, Erica. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. Perinatología y reproducción humana. 2013:27(3), 185-193. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es&tlng=pt. Citado:20/05/2018

¹⁴ GATÓN MORENO, M. A.; GONZÁLEZ TORRES, M. Á.; GAVIRIA, M. Trastornos afectivos estacionales, "Winter blues". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2015:35(126), 367-380.

- **Trastorno afectivo bipolar.** Los episodios maníacos pueden evolucionar acompañados de manifestaciones psicóticas con delirios de grandeza, alucinaciones congruentes con ello y aumento de la irritabilidad hasta llegar al comportamiento agresivo o violento. Estos se pueden acompañar de episodios depresivos, alternándose con manía, sus principales características son: aumento de la actividad y energía, exaltación del ánimo y euforia, irritabilidad, gasto excesivo, insomnio, forma de vestir extravagante y llamativo que antes no se hacía, logorrea, verborrea, hipersexualidad, imposibilidad o dificultad para aceptar que están en crisis.
- **Trastornos de ansiedad.** Son trastornos que se caracterizan por la presencia de ansiedad o angustia, entendida como un afecto similar al miedo pero que a diferencia de este, no tienen causa real y externa. Sus principales características son: tensión física expresada como cefaleas, dolor y tensión muscular con dificultad para relajarse y temblor; aprensión expresada como preocupación constante, nerviosismo o desasosiego, dificultad para concentrarse e inquietud; manifestaciones neurovegetativas a veces intensas que hacen pensar en la presencia de enfermedades orgánicas tales como mareos, taquicardia, sudoración, dolor o molestias epigástricas, hormigueos o parestesias en extremidades o cara.
- **Trastorno de pánico.** Es la aparición súbita y de breve duración (no más de pocos minutos), síntomas de ansiedad muy intensos, con un alto componente neurovegetativo, sin causa desencadenante; sensación de estar a punto de morir, de perder el control, de enloquecer; temor a tener un nuevo ataque. Se puede evidenciar también insomnio, evitación de lugares o situaciones que recuerden el evento traumático, distanciamiento afectivo, manifestaciones de

ansiedad, episodios de pavor, dramáticos e inesperados con agresividad severa ocasional.

- **Trastornos psicóticos.** Se caracterizan por distorsión del pensamiento, la percepción y el comportamiento. En el pensamiento se dan creencias extrañas, falsas ideas o delirantes de ser perseguido, ser un personaje extraordinario, tener poderes sobrenaturales, capacidad de transmitir o recibir pensamientos de otros; estas alteraciones se pueden expresar por medio de ideas organizadas o desorganizadas que se muestran mediante un lenguaje incoherente o extraño. En la sensopercepción se dan alucinaciones auditivas, visuales, táctiles, cenestésicas y olfativas. En el comportamiento se presencia retiramiento y aislamiento social, desinterés y desmotivación, desconfianza, comportamiento extraño, descuido de hábitos y dificultad progresiva para el desempeño académico o laboral.

Según el número y la intensidad de los síntomas:

- **Depresión Leve.** Cuando una persona tiene algunos síntomas de Depresión, y se tiene que esforzar para hacer las cosas que necesita hacer, interfieren mínimamente en la vida diaria y en las relaciones, con alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente.
- **Depresión Moderada.** Incluye síntomas más intensos y más alteraciones en el trabajo, escuela, familia, relaciones, presentan síntomas frecuentemente le impiden hacer cosas que necesita hacer.

- **Depresión Grave o Severa.** Durante un episodio presenta síntomas depresivos y estos casi siempre impide completar las actividades diarias, es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.

Por otra parte, el instrumento SRQ de la OMS¹⁵ también define los trastornos que puede arrojar la herramienta según el puntaje obtenido en Leve, Moderada y Severa.

2.1.2.3 Prevención de Depresión¹⁶

El programa de Promoción y Educación en Salud¹⁷ define los siguientes pasos para prevenir y reducir el riesgo de padecer Depresión.

Paso 1. Mantener la mente ocupada e invertir el tiempo en actividades positivas que puedan ayudar a reducir la posibilidad de padecer Depresión: lectura, escritura, resolver crucigramas.

¹⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria; Instrumento SRQ. p 93. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3287/Manual%20de%20psiquiatria%20para%20trabajadores%20de%20atencion%20primaria%201.pdf?sequence=1>. Citado: 20/05/2018

¹⁶ GUERRERO MONZÓN, Silvia Karina. Depresión en mujeres de 35 a 50 años. Centros de atención a la mujer de Retalhuleu. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicóloga. Universidad Rafael Landívar Facultad de Humanidades Campus de Quetzaltenango. Quetzaltenango, 2014.

¹⁷ VIDARTE CLAROS, José Armando et al. Hacia la promoción de la salud. Enero - junio 2011. Volumen 16, No.1, p. 202 – 218.

Paso 2. Mantener una vida social activa, pasar el tiempo con aquellas personas de quienes guste su compañía y planificar actividades: excursiones, hacer ejercicios al aire libre, llamar un amigo o familiar, o visitarlo si no lo ha hecho.

Paso 3. Conservar los pensamientos positivos y eliminar los negativos, tener buenas actitudes: nacimiento de un hijo, fechas importantes, primer beso.

Paso 4. Relajar la mente y el espíritu: visita lugares tranquilos, paseos a lugares alejados, caminatas vespertinas.

Paso 5. Establecer una vida productiva: trazar metas, tener objetivos, soñar en el futuro.

Paso 6. Tener una buena alimentación.

Paso 7. Realizar ejercicios físicos. La Depresión se puede prevenir cambiando hábitos y deben llevar una vida saludable, la mejor prevención en todas las edades consiste en ejercitarse, no ser infeliz por los objetivos frustrados, si no celebrar los alcanzados.

2.1.2.4 Tratamiento de Depresión¹⁸

El manejo de la Depresión requiere un abordaje multifactorial, lo mejor es la combinación de fármacos con psicoterapia, Se debe establecer un tratamiento farmacológico: los inhibidores de la recaptación de la serotonina están especialmente indicados para la mujer, aprender pautas de estilo de vida saludables (comidas, horarios, relaciones personales), ayuda de un profesional.

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. COLCIENCIAS. Guía de práctica clínica No. 22 de 2013. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. ISBN: 978-958-57937-9-8. p. 55-60. Bogotá, Colombia, abril de 2013.

En su forma más Grave, puede conducir al suicidio. Si es Leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter Moderado o Grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Es un trastorno que se puede diagnosticar y puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria¹⁹.

Para la Depresión Moderada y Grave se cuenta con tratamientos eficaces por los profesionales sanitarios o por terapeutas supervisados, tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual, la psicoterapia interpersonal, cara a cara, individuales o en grupo.

En los casos de Depresión Leve los tratamientos psicosociales también son eficaces, explorar y hablar con el paciente los eventos vitales estresantes recientes y Psicoeducación.

La Depresión se trata con medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos teniendo presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, pueden ser eficaces en la Depresión Moderada a Grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos Leves, y no se deben utilizar para tratar la Depresión en niños ni como tratamiento de primera línea en adolescentes, en los que hay que utilizarlos con cautela.

En las mujeres está indicada la Terapia Hormonal Sustitutiva, al reponer la carencia de hormonas femeninas se mejora los síntomas depresivos. No obstante, en el resto

¹⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Centro de Prensa, Notas descriptivas; Depresión. Washington, Febrero 2017. Disponible en <http://www.who.int>. Citado:18/02/2018

de mujeres, cuando no existen contraindicaciones, se pueden utilizar los inhibidores de la recaptación de la serotonina.

2.1.3 Factores que influyen en los Trastornos depresivos

La Depresión constituye un problema médico y un fenómeno social, algunas veces, aparece sin una causa aparente.

- **Factores protectores²⁰**

1. Detección oportuna y precoz de su patología
2. Conocer mejor el funcionamiento de los centros de atención en salud (horario de funcionamiento, programas de salud existentes, etc.)
3. Concientización de su salud y enfermedad
4. Tratamiento oportuno y adecuado
5. Mayor sobrevida, mejor salud
6. Ser sometida a mayor número de exámenes diagnósticos
7. Acaparar mayor y mejor atención del grupo de profesionales
8. Aumentar su red de apoyo tanto como para la Depresión como para otras patologías que se detectan
9. Estaría más atenta en identificar patologías a los miembros de su familia.

²⁰ SERRA TAYLOR, José A; IRIZARRY ROBLES, Carol Y. Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. Acta Colomb. Psicol. 2015;18(1):125-134. Disponible en: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>. Citado: 20/05/2018

Experiencias positivas tales como una relación cercana con una pareja, amigo, familia o compañeros suelen ayudar a prevenir la Depresión.

Existen diversos factores que aumentan el riesgo de Depresión²¹: individuales, genéticos, familiares y sociales; la clase social, el nivel cultural y la raza no se han vinculado claramente con la Depresión

Diferentes sucesos o circunstancias pueden actuar como desencadenantes que aumentan el riesgo de Depresión²².

- ✓ Haber sufrido algún episodio depresivo en el pasado.
- ✓ Antecedentes en la familia de personas deprimidas.
- ✓ Experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo fallecimiento de seres queridos, desempleo, soledad, cambios en el estilo de vida o problemas en las relaciones interpersonales.
- ✓ Situaciones conflictivas en tu entorno (por ejemplo, tu trabajo, hogar u otros contextos).
- ✓ Haber sufrido traumas físicos o psicológicos.
- ✓ Enfermedad física seria o problemas crónicos de salud.
- ✓ Algunas medicinas (puedes consultarlo con tu médico).
- ✓ Abusar del alcohol o consumir otras drogas puede empeorar la depresión.
- ✓ Algunas mujeres pueden ser más vulnerables a la Depresión después del parto, especialmente si tienen alguno de los factores de riesgo enunciados arriba.

²¹ PANIAGUA SUÁREZ, Eugenio. Op cit.

²² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. COLCIENCIAS. Guía de práctica clínica No. 22 de 2013. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. ISBN: 978-958-57937-9-8 Bogotá, Colombia, abril de 2013.

- **Factores Individuales**²³:

Género. La pertenencia al sexo femenino es uno de los principales riesgos demográficos para la Depresión, se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta, es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres.

Factores hormonales. Podrían contribuir a la tasa más alta de Depresión en la mujer por los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.

Aproximadamente entre el 20% al 30% de las mujeres tiene Síndrome eufórico premenstrual, el riesgo de sufrir Depresión aumenta entre el 20% al 40% debido a que durante el embarazo se da un aumento de las hormonas femeninas, que descienden bruscamente tras el parto; el 10% sufre Depresión post-parto.

La menopausia es la etapa de la vida de la mujer más relacionada con estados depresivos, por el cese de producción de estrógenos, la Depresión está presente en el 20% de las mujeres menopáusicas, aunque alrededor del 60-70% manifiesta síntomas depresivos.

²³ PANIAGUA SUÁREZ, Eugenio. Op cit.

Factores cognitivos. Con relación a la vulnerabilidad cognitiva²⁴, la Depresión se caracteriza por un predominio de pensamientos negativos relacionados con temas de rechazo, privaciones, fracasos e inadecuación personal, mientras que la conducta violenta se ha asociado a la percepción de intenciones negativas en otras personas, subestimación de la responsabilidad propia en los conflictos y percepciones de frustración e insatisfacción.

El pensamiento es clave en la determinación de la conducta y emociones, el pensamiento distorsionado conduce al desarrollo de los trastornos afectivos.

Niveles cognitivos²⁵. En el más profundo están las estructuras cognitivas, tales como esquemas y creencias arraigadas que guían la forma en que atendemos e interpretamos los acontecimientos. En el nivel más superficial están los pensamientos automáticos (autodiálogo) e imágenes mentales. Los pensamientos automáticos son relativamente accesibles a la persona y pueden ser empleados para evaluar la forma en que ésta percibe y construye su mundo.

Teniendo en cuenta el Modelo de Beck (1963, 1967, 1987), la predisposición está basada en la existencia de estructuras cognitivas desadaptativas, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información²⁶. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos

²⁴ CALVETE, Esther. Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión. Universidad de Deusto, 2006.

²⁵ *Ibíd.*

²⁶ BECK, A. T. La evolución del modelo cognitivo de la depresión y sus correlatos neurobiológicos. *Am J Psiquiatría*. 2008;165(8):969-77.

negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales son claves en el desarrollo y mantenimiento de la Depresión²⁷.

Existen características cognitivas disfuncionales: en el campo del apego se encuentran los estilos de crianza sobreprotectores o negligentes que generan vulnerabilidad a la Depresión, así como experiencias infantiles de abuso sexual o maltrato; las interacciones problemáticas padres-hijo; percepción de valor personal negativo, elevado nivel de sentimiento de desesperanza.

- **Factores Familiares²⁸:**

El alcoholismo familiar, la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño, vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja, antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, el acoso por parte de iguales y la humillación.

- **Factores familiares y genéticos²⁹:**

²⁷ DE RAEDT, R; KOSTER, E, H. Comprender la vulnerabilidad de la depresión desde una perspectiva de neurociencia cognitiva: una reevaluación de los factores atencionales y un nuevo marco conceptual. Cogn Affect Behav Neurosci. 2010;10(1):50-70.

²⁸ PANIAGUA SUÁREZ, Eugenio. Op cit.

²⁹ PORCELLI, S; FABBRI, C; SERRETTI, A. Metaanálisis de la asociación del polimorfismo del promotor del gen transportador de serotonina (5-HTTLPR) con la eficacia antidepressiva. Eur Neuropsychopharmacol. 2012; 22 (4): 239-58.

Los descendientes de pacientes con Depresión son un grupo de riesgo para Enfermedades Somáticas y Trastornos Mentales, familiares de primer grado de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor tienen el doble de posibilidades de presentar Depresión que la población general, también los de segundo grado, se inicia con Trastorno de ansiedad.

Los gemelos idénticos que comparten los mismos genes tiene tasa elevadas de Depresión, si uno de ellos tiene Depresión Mayor, el otro tiene el 60% de probabilidades de contraer este desorden.

En cuanto a los genes implicados en el desarrollo de la Depresión, el análisis del papel de las monoaminas, la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor. Este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo.

- **Factores sociales**³⁰

Los trastornos depresivos están asociados a diversos problemas sociales considerados desencadenantes, entre ellos: separación matrimonial, status de divorciado, pertenencia a clases inferiores, inadecuada situación socioeconómica, bajo nivel de recursos económicos, inestabilidad laboral, vivir aislado del centro

³⁰ JOSUÉ DÍAZ, Lídice; TORRES LIO-COO, Vladimir; URRUTIA ZERQUERA, Eugenio; MORENO PUEBLA, Reynol; FONT DARÍAS, Ileana y CARDONA MONTEAGUDO, María. Factores psicosociales de la depresión. Ciudad de La Habana, Cuba, 2006. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_3_06/mil09306.htm Citado: 24/02/2018

urbano, dificultades en el ámbito laboral o familiar como desempleo y baja laboral, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno.

Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, el consumo de alcohol y tabaco, los rasgos neuróticos de la personalidad (Depresión Mayor), acontecimientos adversos de la vida, formas de psicopatología como Trastornos de Ansiedad y Distimia son factores de riesgo para desarrollar Depresión Mayor.

Factores sociales vitales³¹. Estado civil (soltero, viudo, divorciado o separado), pérdida de algún ser querido, pobre red de apoyo, vivir solo.

2.1.4 Depresión en la mujer

La Depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, donde la mayoría son mujeres; y aunque existe tratamiento para esto, más del 90% de las personas que la padecen no reciben uno.

Según el The National Institute of Mental Health (NIMH)³², la Depresión afecta más a mujeres que a hombres. De esta manera influyen diferentes factores dentro de los cuales se encuentran, los biológicos, ciclo de vida, hormonales y psicosociales que son únicos de la mujer mayormente relacionados con que las tasas de Depresión sean más elevadas en mujeres, luego de dar a luz las mujeres se vuelven más vulnerables de lo normal para un trastorno depresivo debido a las diferentes descargas hormonales y los cambios físicos que el proceso del parto acarrea juntos con la nueva responsabilidad de cuidar de un recién nacido.

³¹ GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA No. 22 de 2013. Op Cit.

³² DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS. Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH). Depresión. División de Redacción Científica, Prensa, y Difusión. SP 09 3561 Modificado en enero del 2009. p. 7-8.

La deficiencia de estrógenos puede desempeñar un papel importante en la depresión en la mujer: concentraciones séricas de hormonas reproductivas normales en mujeres premenopáusicas con depresión o sin esta y concentraciones de estradiol significativamente menores en mujeres deprimidas, en comparación con mujeres sin depresión, de la misma edad³³.

Finalmente, el estrés en el trabajo y las responsabilidades en el hogar también desarrollan el trastorno en la mujer, puede ser víctimas de maltrato, acoso, abuso, pobreza y tensiones de las relaciones sentimentales, personales y laborales.

2.1.5 Atención de Salud mental³⁴

La Atención Primaria de Salud APS es la puerta de entrada de la gran mayoría de las personas al sistema de salud, también para la Salud mental en Atención Primaria. El equipo de Salud Mental realiza un trabajo dentro de la Atención Primaria de Salud entre sus objetivos tiene la satisfacción de las demandas asistenciales de pacientes con enfermedades de origen psíquico.

El paciente en la comunidad se atiende su salud desde la vertiente psíquica y de forma integral ya que está bien establecido que son múltiples los factores causales que influyen en el individuo para la aparición de la depresión, y se busca la relación de este trastorno afectivo con otros trastornos psiquiátricos.

³³ RAMOS, M. F.; URIBE, M. O. Hormonas gonadales y depresión en la perimenopausia. Rev Colomb Psiquiatr. 2008;37(2),236-46.

³⁴ CONGRESO DE LA REPÚBLICA COLOMBIA. Ley 1616 del 21 de enero de 2013. "Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". Diario oficial. Bogotá, 2013.

El enfermo con trastornos afectivos debe ser visto con la interacción mente - cuerpo, ya que la tristeza puede llegar a afectar todas las esferas de su relación intrapersonal e interpersonal, y emerger otros estados emocionales como la irritabilidad y la ansiedad, que se destacan en las Depresiones neuróticas y tardías.

En Colombia³⁵, no se dispone de datos evidentes acerca de los tipos de servicios de atención en salud mental, se observa que se limitan al tratamiento farmacológico como única opción, pudiéndose presumir que desconocen, ignoran o subvaloran la multicausalidad de la alteración mental.

Los medicamentos utilizados tienen efectos en el sistema nervioso central que repercuten en varias funciones como la actividad síquica, el sistema cardiovascular y la función respiratoria. Es necesario capacitar al profesional sanitario sobre la salud mental y la salud física para unas relaciones humanizadas, se debe articular el funcionamiento fisiológico con el uso de psicofármacos.

La Enfermería tiene un rol importante en Salud Mental y Psiquiatría por el desarrollo de habilidades de comunicación, escucha activa, valor del silencio, el compromiso emocional, la presencia del profesional de Enfermería en el cuidado a la persona con sufrimiento psíquico y el cuidado de su familia, ayudándole a entender la enfermedad mental y trascenderla, convirtiéndola en su sujeto de cuidado. Por lo que, se requiere formar profesionales de Enfermería con competencias de ayuda interpersonal, enfocados en la integralidad y el cuidado holístico.

³⁵ TOBÓN M., Flor Ángela. La salud mental: una visión acerca de su atención integral. Medellín, 2005. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v23n1/v23n1a13.pdf>. Citado: 24/02/2018

2.1.5 Teoría Psicodinámica de Hildegard E. Peplau (1952-....)³⁶

Son varios los Modelos y teorías de Enfermería que se pueden aplicar a la práctica de la Enfermería en salud mental y psiquiatría, entre ellos la Teoría Psicodinámica de Peplau, la Teoría Definición de la Enfermería de Virginia Henderson, el Modelo de la Relación persona a persona de Joyce Travelbee, el Modelo de Phil Barker la Marea en la recuperación en salud mental, lo que confiere un campo de responsabilidades propio, los cuidados de la salud mental.

Peplau define Enfermería como “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona en cooperación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades”. “La Enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que intenta favorecer el avance de la personalidad en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”.

- **La Enfermería Psicodinámica**

Los cuidados en Enfermería psicodinámica exigen ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

Peplau describe cuatro fases en la relación Enfermera/o paciente:

³⁶ RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en Enfermería. Hildegard E. Peplau. Teoría Psicodinámica a. 8ª Edición. ISBN: 9788490227275 Editorial: S.A. Elsevier España, 2014. 744 págs.

- 1) Orientación. El individuo tiene una “necesidad insatisfecha” y precisa apoyo profesional. El Enfermero/a ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.
- 2) Identificación. El paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarle (relación).
- 3) Explotación. El paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación.
- 4) Resolución. Durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el Enfermero/a.

- **Papeles de la Enfermería**

Peplau describe seis papeles diferentes de la Enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación Enfermera/o paciente.

- Papel de extraño. Peplau afirma que, es debido a que el Enfermero/a y el paciente no se conocen, no se debe prejuzgar al paciente, sino aceptarle tal como es.
- Papel como persona a quien recurrir. El Enfermero/a proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados.

- Papel docente. Es una combinación de todos los papeles y “procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información”.
- Papel conductor. El Enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa.
- Papel de sustituto. El paciente asigna al Enfermero/a un papel de sustituto. Las actitudes y conductas del Enfermero/a crean sentimientos en el paciente que reactivan los generados en una relación anterior.
- Papel de asesoramiento. Peplau opina que el papel de asesoramiento es el que tiene más importancia en la enfermería psiquiátrica. El asesoramiento dentro de la relación se manifiesta en la forma en que los Enfermeros/as responden a las demandas del paciente. Enfermería emplea principios y métodos como el Proceso de Atención de Enfermería PAE, para guiar el proceso hacia la resolución de los problemas interpersonales.

2.2 MARCO HISTÓRICO

La Depresión como enfermedad mental es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad³⁷. Durante más de medio siglo al alrededor de todo el mundo se han realizado diferentes investigaciones buscando identificar factores contribuyentes, factores asociativos, elementos que faciliten la aparición de estos como pueden ser el sexo, las ideologías, el nivel socioeconómico entre otras.

³⁷ OMS, Op. cit., P. 22

El aumento en el riesgo de padecer la enfermedad que tienen las mujeres se explica por factores genéticos, biológicos, químicos, hormonales, ambientales, psicológicos y sociales que se unan o crucen para contribuir a la Depresión³⁸.

Algunos factores pueden afectar de forma específica a la mujer, como son los factores biológicos ya que se deprimen seriamente, experimentan cambios químicos en el cerebro que puede facilitar la aparición de los niveles de noradrenalina y serotonina, y su equilibrio entre si desempeñan un papel importante en la forma de reaccionar ante los diferentes eventos de la vida diaria³⁹.

Otros factores pueden ser la autopercepción física como lo menciona Velásquez⁴⁰, cuando alguien se encuentra desanimado, se ve peor a sí mismo, y eso suele llevarle a un menor aprecio hacia sí mismo. Autoestima y estado de ánimo suelen ascender o descender de modo paralelo.

Un aspecto que potencia la aparición de Depresión en mujeres, es la modificación y cambio de rol dentro de la sociedad y la familia que estas manejan y como ha ido cambiando con el pasar del tiempo, con lo que se puede observar dos tipos de mujeres: por un lado, aquellas que solo trabajan en su casa desempeñando tareas inherentes al hogar; y por otro, las mujeres que trabajan fuera, quienes tienen que

³⁸ INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD MENTAL Las mujeres y la depresión descubriendo la esperanza. Estados Unidos, 2011. Disponible en línea https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/file_141976.pdf
Citado: 28/04/2018

³⁹ GARAY, J. C. Niveles de presión autoestima y estrés en mujeres que tiene un trabajo remunerado y mujeres que no tienen un trabajo remunerado (amas de casa), Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. 2005.

⁴⁰ VELÁZQUEZ, R. P. Estudio del estado de ánimo de las mujeres obesas de 30 a 45 años usuarias del método anticonceptivo hormonal trimestral en el Centro de Salud La Esperanza, Ciudad de México, 2008.

cubrir un horario, además de realizar las diferentes actividades relacionadas con ocupación y algunas otras como capacitarse para estar actualizadas y acceder a mejores salarios⁴¹.

De acuerdo con Garay, el tipo de mujer que solo trabaja en la casa desempeñando tareas inherentes al hogar son parte de un ámbito cultural y social arraigado en nuestra sociedad por lo que encontramos a la mujer que trabaja se le duplican las tareas, porque aunque sale a trabajar, no deja de realizar las ocupaciones propias de la casa, como preparar los alimentos, limpiar la casa y encargarse de los hijos⁴².

De igual manera, Guerrero⁴³ define que la incidencia de la Depresión en la mujer es de dos a tres veces mayor que en el hombre en el mundo. No es lo mismo la mujer del medio rural o urbano, la que trabaja exclusivamente en tareas domésticas o actividad fuera del hogar, o las que comparten ambas tareas, la que ha tenido estudios universitarios o la que no ha podido acceder a ellos; también influye el estado civil, si tiene hijos y son las responsables de sus cuidados.

Teniendo en cuenta a Flores Villavicencio et al⁴⁴, los indicadores de las condiciones de la vivienda, el nivel educativo, la ocupación resultaron tener mayor tendencia

⁴¹ GARAY, J. C, Op. cit., p. 83

⁴² Ibíd. p. 67.

⁴³ GUERRERO, S. K. Depresión en mujeres de 35 a 50 años. Estudio realizado en Centros de Atención a la Mujer en Retalhuleu. Tesis de Licenciada en Psicología, Universidad Rafael Lindívar. Quetzaltenango, 2014.

⁴⁴ FLORES VILLAVICENCIO, María Elena; CERVANTES CARDONA, Guillermo Alonso; González PÉREZ, Guillermo Julián; Vega LÓPEZ, María Guadalupe; Valle BARBOSA, María Ana. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. Revista de Psicología da IMED. 2012;4(1), 649-661.

para asociarse a la buena y muy buena calidad de vida en los adultos mayores. Queriendo decir que entre más alto nivel educativo, menor probabilidad de sufrir algún trastorno depresivo, viéndose reflejado en la buena calidad de vida que lleva la persona.

Por otro lado, Flores Pacheco et al⁴⁵ demostraron que en un ambiente familiar positivo, la comunicación, la armonía, el respeto y las demostraciones de afecto favorecen la cercanía y la expresión de sentimientos entre los integrantes de la familia, así como el intercambio de información sobre cualquier cosa que se considere relevante. Sin embargo, el que las personas atribuyan importancia a la familia no es equivalente a estar totalmente satisfecho con su vida en ese ámbito.

Asimismo Manios y Rosero⁴⁶, encontraron que un 74.2% no presentó Depresión, el 21,2% presentó Depresión leve, el 4.54% presentó Depresión moderada y un 0% con Depresión grave. Lo que indica que es importante conocer que los adolescentes que en este momento presentan algún tipo de grado de Depresión, pueden en un futuro desarrollar con mayor facilidad un nivel de Depresión mayor.

Igualmente Resende y Ferrao⁴⁷, realizaron el análisis de cada uno de los síntomas depresivos aisladamente, un 20,5% de los adolescentes presentaba algún grado de

⁴⁵ FLORES PACHECO, Selene; HUERTA RAMÍREZ, Yolanda; HERRERA RAMOS, Oswaldo; ALONSO VÁZQUEZ, Omar Fernando. Factores familiares y religiosos en la Depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. Nov-2011/apr-2012, vol.3, n.2 DOI:10.5460/jbhsi.v3.2.30224

⁴⁶ MANIOS VANEGAS, M. A. y ROSERO CAPERA, B. N. Manifestaciones y grados de depresión en un grupo de adolescentes de una Institución Educativa Distrital, de la localidad de Suba. Tesis. Facultad de Enfermería. Bogotá, 2011.

⁴⁷ RESENDE, C. y FERRAO, A. La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad. *Rev Pediatr Aten Primaria* [online]. 2013, vol.15, n.58. pp.127-133. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-

tristeza, con 18 (15,4%) refiriendo llanto fácil. Con relación a la capacidad de decisión, verificamos que un 20,5% (24 adolescentes) destacó la pérdida de capacidad de decisión. Las perturbaciones del sueño fueron visibles en 35 (30%) de los adolescentes. En este contexto, un 21,4% refirió aumento de la fatiga, con un 36% demostrando disminución de la capacidad de trabajo. Se han verificado alteraciones del patrón alimentario, con un 14,5% de los adolescentes presentando disminución del apetito. Estos jóvenes presentaban preocupación por los problemas físicos, con un 27,4% de los adolescentes con algún grado de somatización. Podemos destacar que un 4,3% (cinco adolescentes) respondió afirmativamente a la cuestión "me gustaría matarme". Hubo un predominio franco del sexo femenino (82 frente a 18%).

Del mismo modo, Vargas⁴⁸ encontró relación entre el tamaño de la familia (especialmente más de 5 miembros) y la presencia de ansiedad y depresión, pero no con el tipo de familia. Sin embargo, en el estudio de Pérez⁴⁹ en 386 adolescentes de 2 institutos de educación secundaria se encontró que la estructura familiar no influía en la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico. Estos resultados obligarían a replantear conceptos tradicionales por un lado, la familia nuclear no parecería ser imprescindible para el establecimiento de unas relaciones familiares positivas y un desarrollo saludable en la persona.

También López Jiménez y col⁵⁰ estudiaron 48 pacientes con TOC y 63 de sus familiares, encontraron que las familias con alta cohesión y adaptación baja,

76322013000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1139-7632. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000200004>. Citado: 07/05/2018.

⁴⁸ VARGAS MURGA, H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Revista Médica Herediana. 2014;25(2), 57-59.

⁴⁹ PÉREZ, Milena A. Estructura y funcionalidad de la familia en la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Atención primaria. 2007; 39 (2): 61-7.

presentaron niveles más elevados de Ansiedad y Depresión tanto en pacientes como en familiares; resultado similares a Pérez⁵¹, que reportó asociación entre disfunción familiar y síntomas depresivos.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Salud Mental. Según la OMS se define Salud Mental como un estado de bienestar donde el individuo es consciente de todas sus capacidades por lo que puede afrontar diferentes situaciones de la vida y trabajar de una manera productiva brindando en cierto grado, una contribución a su comunidad.

Trastorno Mental. Se le da como nombre de trastorno mental al síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad en una persona que dificulta el correcto desarrollo de una o varias esferas mentales.

Enfermedad Mental. Una enfermedad de tipo mental es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones

⁵⁰ LÓPEZ JIMÉNEZ, M. T; BARRERA, M. I; CORTÉS, J. F; METZI, M. J. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y sus familiares. Salud Mental. 2011; 34:111-120.

⁵¹ PÉREZ, Milena A. Op cit.

Depresión. La Depresión clínica, es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. La Depresión nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades.

Enfermería. Es la ciencia del cuidado de la salud, la Enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Enfermería en Salud Mental. Los Enfermeros de salud mental proporcionan atención y apoyo a las personas con enfermedades mentales. Ayudan a sus pacientes aceptar y convivir con su enfermedad, y a identificar cuándo están en una situación de riesgo en la que podrían hacerse daño a sí mismos o a los demás.

2.4 MARCO LEGAL

La reglamentación internacional en materia de Salud Mental va articulada con declaraciones por parte de la OMS como:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, 1996)⁵², que establece el derecho "de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental".
- Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental⁵³, planteando así unos nuevos derechos humanos y una legislación que permita brindar una atención integral a las personas con afecciones de este tipo, haciendo énfasis en niños y niñas, adolescentes y mujeres.

Los instrumentos internacionales de Derechos Humanos pueden ser clasificados en forma genérica en dos tipos: aquellos que obligan legalmente a los Estados que los han ratificado (llamados tratados, pactos o convenciones), y aquellos que se denominan "estándares" internacionales de derechos humanos, considerados principios o directrices y consagrados en declaraciones, resoluciones o recomendaciones internacionales, emanadas de órganos de carácter internacional.

- Los instrumentos del primer tipo⁵⁴ son tratados internacionales de derechos humanos tales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966), y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966).

⁵² COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR). México, 2012. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf. Citado 20/05/2018.

⁵³ OMS. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación Suiza, 2006. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf Citado 20/05/2018.

⁵⁴ COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, Op. cit., p. 81

- Los instrumentos de la segunda categoría, que incluyen Resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas como los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM, 1991)⁵⁵, aunque no son legalmente vinculantes, pueden y deben influir la legislación de los países, dado que representan el consenso de la opinión internacional sobre la materia⁵⁶.
- Ley 1122 de 2007⁵⁷. Establece que el gobierno definirá el Plan Nacional de Salud Pública cada cuatro años con su objeto que será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud, la promoción de condiciones y estilos de vida saludable; para lo cual el gobierno deberá realizar diferentes campañas que incluyan de manera obligatoria la promoción de hábitos y comportamientos saludables según las diferentes poblaciones clasificadas ya sea por posiciones geográficas, grupos etarios, entre otras condiciones que caracterizan a cada grupo poblacional, se deberá incluir acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva, Salud Mental al igual que la prevención de violencia, maltrato, drogadicción y suicidio.
- Ley 1438 de 2011. Artículo 65⁵⁸. Donde se dispone una atención integral en Salud Mental mediante acciones de salud que deben incluir la garantía de del

⁵⁵ COMISIÓN INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. Relatoría Sobre los derechos de las personas privadas de la libertad en las Américas. Resol. 46/119, de 17 diciembre 1991.

⁵⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. World Health Organization. Washington, 2006.

⁵⁷ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1122 de 2007. Bogotá. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1122007.pdf>. Citado: 20/05/2018.

⁵⁸ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1438 de 2011, art. 65. Bogotá. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf. Citado: 20/05/2018.

ejercicio pleno del derecho a la Salud Mental para respaldar la satisfacción de necesidades de salud y su atención como parte del Plan de beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.

- Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres⁵⁹ del Ministerio de Salud y Protección Social. Plantea una serie de descripciones a tener en cuenta antes, durante y después de prestar un servicio de salud en una situación de las anteriormente mencionadas, aquí se evalúa el riesgo según el suceso, teniendo en cuenta también factores sociodemográficos, entre otros.

De esta forma, el Gobierno nacional pone a disposición de los equipos médicos y de profesionales del área de la salud, así como de las entidades territoriales y de todos los que de una u otra manera deben atender situaciones de emergencia en el país, esta herramienta que es un paso sustancial en la implementación del componente de Salud Mental en casos de emergencias y desastres.

- Ley 1616 de 2013⁶⁰. Por la cual se protege el derecho a la Salud Mental de la población Colombiana. Define la Salud Mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana,

⁵⁹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres. Bogotá, 2011. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/12.guia-salud-mental-emergencias.pdf>. Citado: 29/03/2018

⁶⁰ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1616 de 2013. Bogotá. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1616013.pdf>. Citado: 20/05/2018.

para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”.

Tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del derecho a la Salud Mental a la población colombiana, donde se tiene en cuenta para su aplicación, diferentes definiciones tales como promoción de la Salud Mental, prevención primaria del trastorno mental, atención integral e integrada en salud mental, trastorno mental, discapacidad mental, problema psicosocial y rehabilitación psicosocial.

De igual manera se numeran 16 derechos fundamentales de la persona en el ámbito de la Salud Mental, donde se enfatiza la importancia del personal idóneo y correctamente capacitado de carácter interdisciplinario para brindar estos servicios con respecto a una red integral de prestación de servicios.

- ABECÉ sobre la Salud Mental⁶¹ del Ministerio de Salud y Protección Social. Sintetiza y explica de una manera explícita las definiciones, datos relevantes, sus trastornos y enigmas y rutas que se deben seguir cuando se presenta un caso de Salud Mental. Ésta herramienta puede llegar a ser indispensable por su característica didáctica, al momento de dar a conocer a la población a lo que se enfrentan muchas veces, incluso sin darse cuenta.

⁶¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. Bogotá. 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>. Citado: 20/05/2018.

3. METODOLÓGIA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo.

3.2. ESCENARIO DE ESTUDIO

Mujeres pertenecientes a las Familias del Programa Salud Familiar, residentes en el barrio Edmundo López, de la ciudad de Montería. Pertenecen a la comuna número 4, de estrato 1 y se encuentra localizado geográficamente en el suroriente de la ciudad, comprende un área aproximada a las 14 hectáreas, sus límites son: al Norte con el Barrio Villa Rocío y Mogambito; al Sur con el Barrio Vereda Tropical y el Paraíso; al Este con la urbanización Villa Ana I y el Paraíso y al Oeste con los barrios Mogambo y Mogambito.

3.3 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

Se tomó una población de 55 familias del Programa Salud Familiar, residentes en el barrio Edmundo López, de la ciudad de Montería, según información recolectada de la Historia Clínica Familiar.

La muestra fueron 60 mujeres de las familias del programa Salud Familiar, residentes en el barrio Edmundo López, de la ciudad de Montería. El muestreo se realizó por conveniencia.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis son mujeres de las familias del programa Salud Familiar, residentes en el barrio Edmundo López de Montería.

3.5 RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

La información se recolectó de la Historia Clínica Familiar del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López de Montería, mediante la revisión de la Historia Clínica Familiar, con el objetivo de identificar los factores que influyen en los Trastornos depresivos en la mujer.

Para obtener los datos de Trastornos depresivos en la mujer se tuvo en cuenta la información del Instrumento SRQ de la OMS en las mujeres de estas familias.

Instrumento SRQ. El SRQ Cuestionario de Auto Reportaje de Síntomas Psiquiátricos (Self Reporting Questionnaire)⁶² desarrollado por la OMS, es una herramienta muy útil que brinda la posibilidad de determinar la condición de salud mental, ha demostrado ser sensible para la identificación de desórdenes mentales en servicios médicos generales en múltiples países donde es aplicado y valora la presencia de una condición que pueda estar afectando la salud mental.

⁶² HARDING, TW. SRQ Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos (Self Reporting Questionnaire). Washington, 1980.

Fue utilizado por Harding TW 1980, en la investigación “Trastornos mentales en la atención primaria de salud estudio de su frecuencia y diagnóstico en cuatro países en desarrollo”, en un estudio colaborativo con la OMS en el año de 1994 en Ginebra Suiza.

El SRQ ha sido validado por la OPS y OMS en América Latina, siendo recomendado como instrumento privilegiado para el tamizaje comunitario. De libre uso para el personal de salud Está validado en Colombia, se ha utilizado en el Estudio Nacional de Salud Mental de 1993 y 2003⁶³ y en tamizajes comunitarios realizados en la ciudad de Cali y otras ciudades del país.

El Observatorio Nacional de Salud Mental de Colombia⁶⁴ recomienda la aplicación del SRQ para la atención primaria en salud mental, dado que es efectivo para detectar la presencia de trastornos mentales y diferenciar los trastornos psicóticos de los no psicóticos.

En la Universidad de Córdoba – Colombia, para el año 2003 el Instrumento SRQ fue adaptado por la Docente Enfermera MSc Regina Cogollo Jiménez durante las prácticas formativas de Salud familiar de Enfermería para ser utilizado por Docentes y estudiantes, en el programa de Extensión Salud Familiar, buscando medir los Síntomas psiquiátricos no psicóticos de Angustia, Depresión, Epilepsia, Psicosis y Alcoholismo en mujeres y hombres, en familias de comunidades vulnerables.

⁶³ POSADA J., et al. Op Cit.

⁶⁴ OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD MENTAL DE COLOMBIA. Op cit.

Este instrumento se aplica desde los 16 años a Adolescentes, Jóvenes y Adultos, mide cinco áreas específicas: Depresión, Ansiedad, Alcoholismo, Psicosis y Epilepsia, consta de 2 partes:

- ✓ Una inicial con datos de identificación del encuestado y un bloque de 20 preguntas con 2 opciones de respuesta “SI” o “NO” sobre Síntomas psiquiátricos no psicóticos (Ansiedad / Depresión).
- ✓ Un segundo segmento de 10 preguntas que hacen referencia a Síntomas psiquiátricos de tipo psicótico: Psicosis, Epilepsia o síntoma convulsivo, Alcoholismo o consumo de alcohol

Al final se dan instrucciones para acordar una entrevista de seguimiento en caso de identificarse el caso como positivo. Se consideró positivo de Síntomas psiquiátricos no psicóticos, cualquier caso que haya puntuado “SI” a 11 o más preguntas de la primera sección de 20, o a al menos una de las 10 preguntas correspondientes a Síntomas psiquiátricos psicóticos, retomando el punto de corte recomendado por Climent y Arango⁶⁵.

Un caso detectado como positivo de ésta manera, debe interpretarse como una persona con alto riesgo de estar sufriendo un trastorno mental.

El instrumento consta de 33 preguntas con 2 opciones de respuesta cada una “SI” o “NO”, a modo de escala de Likert, 13 corresponden a la evaluación de los síntomas de Depresión (ANEXO A)

⁶⁵ CLIMENT, C. y ARANGO, M.V. Manual de Psiquiatría para trabajadores de atención primaria, OPS. Serie PALTEX No. 1, 1° ed. Washington 1983.

Para evaluar el resultado obtenido por el Instrumento SRQ se tiene en cuenta los ítems con respuesta “SI una escala de Likert para interpretar la puntuación obtenida permite clasificarla en 3 rangos:

- ✓ De 1 a 3: Depresión leve
- ✓ De 4 a 6: Depresión moderada
- ✓ De + de 6: Depresión severa

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres de las familias del Programa Salud Familiar, residentes en el barrio Edmundo López, de la ciudad de Montería, que dispongan de tiempo y participación voluntaria en la investigación, que firmen el Consentimiento Informado. (ANEXO B)

3.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010 y se analizaron los datos mediante la Estadística Descriptiva, los resultados se representarán en gráficas y tablas.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Para la realización de la presente investigación se tuvo en cuenta:

- Resolución N° 008430 de octubre de 1993⁶⁶. Ministerio de Salud. Por la cual se establecen las Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En el Capítulo III. Investigaciones en menores de edad o discapacitados. Esta investigación se considera de riesgo mínimo.
- Ley 911 de 2004⁶⁷. Capítulo IV. De la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia. Artículo 29. En los procesos de investigación en que el profesional de Enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Donde se expresa que los principios y valores éticos del acto de cuidado de Enfermería son Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad.
- Se solicitó el Consentimiento Informado, el cual fue firmado por las mujeres participantes, manteniendo el respeto y la privacidad de los datos obtenidos en la investigación.

⁶⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución N° 008430 de octubre de 1993. Bogotá. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>. Citado: 20/05/2018.

⁶⁷ MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Ley 911 de 2004 Bogotá. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf. Citado: 20/05/2018.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

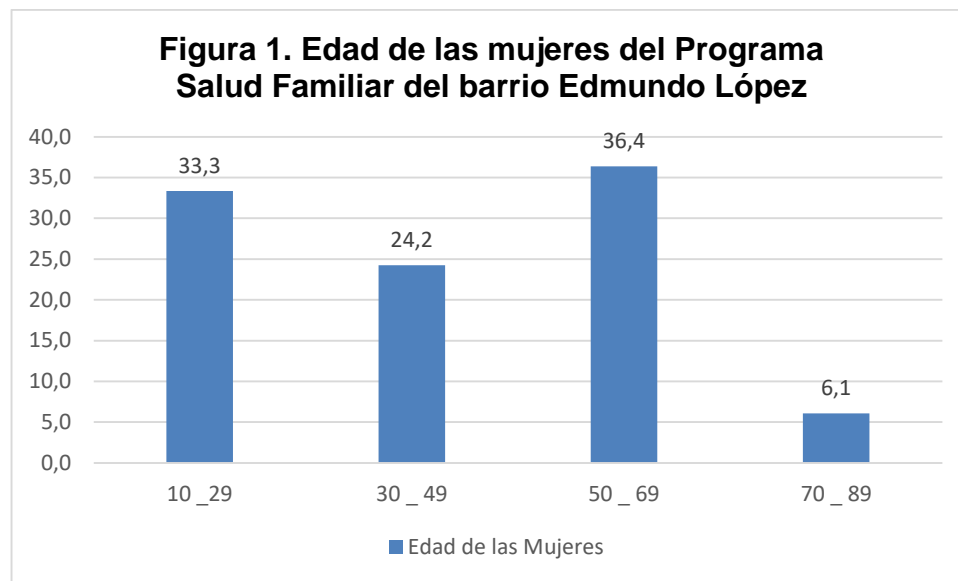
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Edad de las mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López

| EDAD | N° | PORCENTAJE |
|--------------|----|------------|
| 10 – 29 años | 11 | 33,3 |
| 30 - 49 años | 8 | 24,2 |
| 50 - 69 años | 12 | 36,4 |
| 70 - 89 años | 2 | 6,1 |
| TOTAL | 33 | 100 |

Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar barrio Edmundo López, Montería.

Se puede observar en los datos que el 36,4% de las mujeres se encuentra en un período de vida entre los 50 - 69 años, lo que indica que la población de mujeres de este barrio está predominada por femeninas de la tercera edad o en periodo de transición a ésta; seguida de un 33,3% de mujeres con edades entre 10 - 29 años. Por ultimo 30 - 49 años y 70 - 89 años con 24,2% y 6,1% respectivamente. Tabla 1.



Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar barrio Edmundo López, Montería.

Analizando los datos podemos observar que la mayor población de mujeres se encuentra en un rango de edades de 50 - 69 años, seguido de edades de 10 a 29 años, relacionándolo con Carvalho⁶⁸, quien reportó que las mujeres son más propensas de sufrir Depresión, debido a que sus múltiples obligaciones, familiares y laborales, padecer más estrés y estas edades se suscitan con más frecuencia en mujeres de 30 a 55 años seguido del rango 10 - 29 años mostrando que los datos de Depresión pueden ser elevados.

El reporte de Depresión del año 2017 del Ministerio de Salud⁶⁹, nos muestra que las mujeres adolescentes con edades de 12 a 17 años tienen mayor prevalencia de síntomas de Depresión con un 15,8 % presentando de 4 a 6 síntomas de Depresión

⁶⁸ CARVALHO, I. G. Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares. Revista Latinoamericana de Enfermagem. Brasil, 2006.

⁶⁹ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA. Boletín de salud mental. Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Bogotá - Colombia, marzo de 2017.

aplicando el Cuestionario SRQ. Siendo estos datos de la región central el más alto del país en comparación de Córdoba, uno de los más bajos para el año 2015.

Los resultados encontrados difieren de Medicinatv donde el rango de mayor riesgo se sitúa entre los 25 y 45 años, siendo más susceptibles de sufrir estos trastornos las mujeres en edad fértil y con hijos menores de tres años a su cargo⁷⁰. Figura 1.

Tabla 2. Estado civil de las mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López

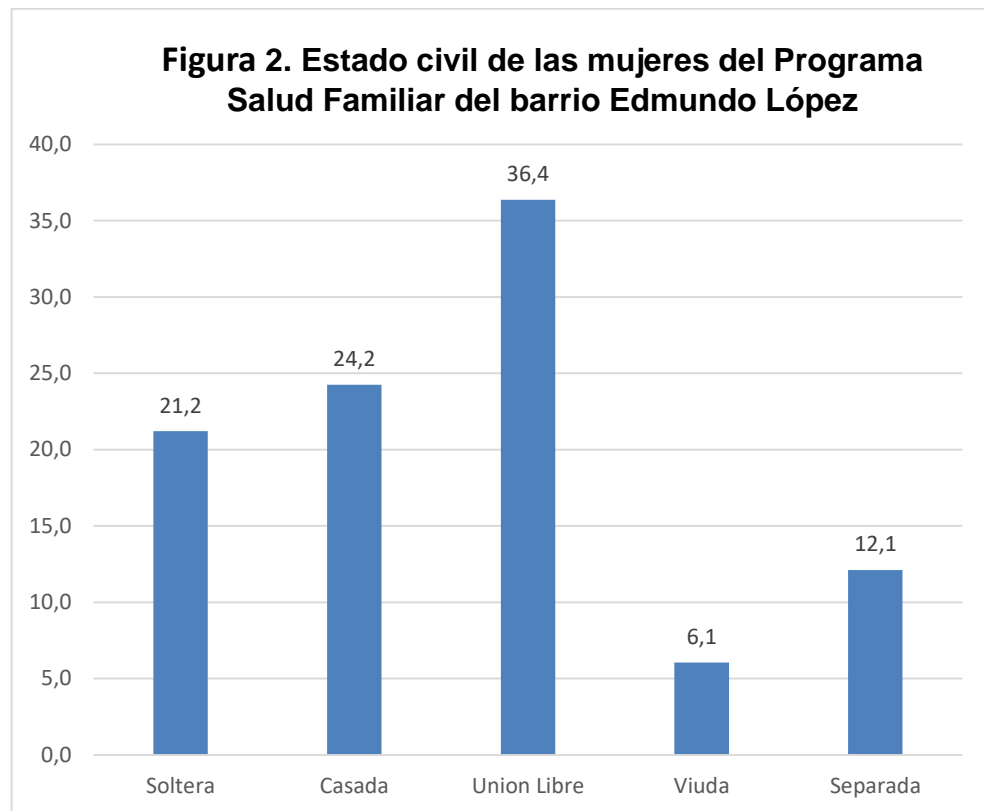
| ESTADO CIVIL | Nº | PORCENTAJE |
|--------------|----|------------|
| Soltera | 7 | 21,2 |
| Casada | 8 | 24,2 |
| Unión libre | 12 | 36,4 |
| Viuda | 2 | 6,1 |
| Separada | 4 | 12,1 |
| TOTAL | 33 | 100 |

Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar barrio Edmundo López, Montería.

En la tabla podemos ver que las mujeres en Unión Libre tienen el mayor porcentaje con un 36,4% seguido de las mujeres casadas y solteras con un 24,2% y 21,2%

⁷⁰ MEDICINATV. La Depresión es tres veces más frecuente en la mujer que en el hombre por causas hormonales y factores sociales de género. Disponible en: <https://www.medicinatv.com/profesional/reportajes/la-depresion-es-tres-veces-mas-frecuente-en-la-mujer-que-en-el-hombre-por-causas-hormonales-y-factores-sociales-de-genero-2755>. Citado: 20/05/2018.

respectivamente y por ultimo las mujeres separa con un 12,1% y las mujeres en estado de viudez con 6,1%. Ver Tabla 2.



Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar barrio Edmundo López, Montería.

En la gráfica podemos observar que las mujeres que presentan algún tipo de Depresión en mayor porcentaje son las mujeres en unión libre y las casadas de lo que podemos interpretar la aparición de síntomas depresivos como es mencionado por Suárez⁷¹, en donde asocia el estado civil de las mujeres como un elemento determinante en la aparición de depresión así como también lo menciona

⁷¹ SUÁREZ, M. T. Estados de Ansiedad, Depresión y factores relacionados en la población adulta inmigrante latinoamericana en Canarias. SEMERGEN, Centro de Salud Añaza, Tenerife, España, 2011.

Noguera⁷², donde los datos recolectados mostraron que las mujeres casadas padecían más de trastornos depresivos que las mujeres solteras, con una mirada de las interacciones de la vida en pareja y la estabilidad de una mujer soltera. Figura 2.

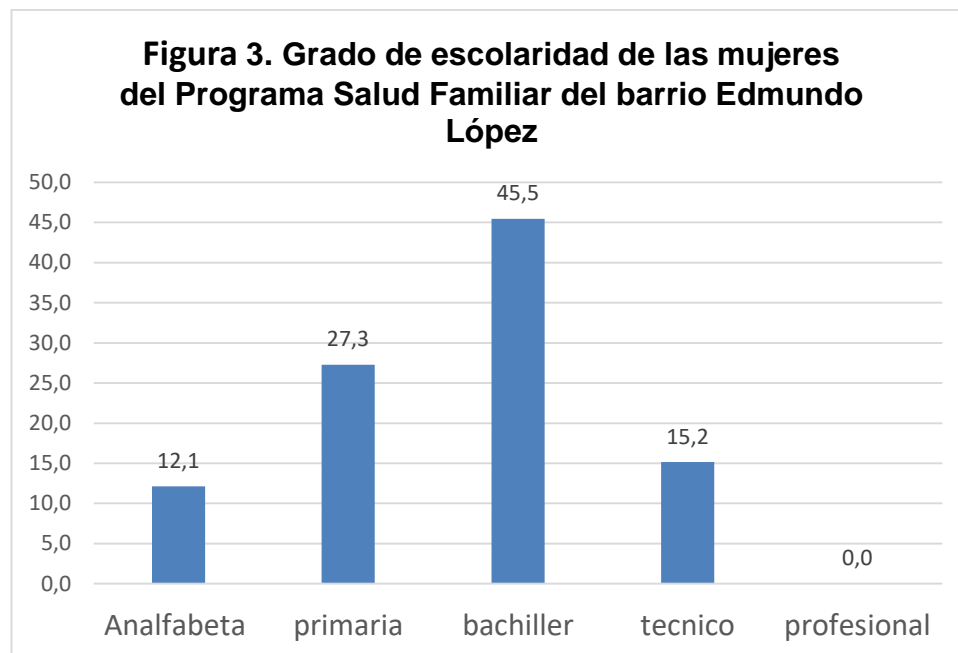
Tabla 3. Grado de escolaridad de las mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López

| ESCOLARIDAD | N° | PORCENTAJE |
|-------------|----|------------|
| Analfabeta | 4 | 12,1 |
| Primaria | 9 | 27,3 |
| Bachiller | 15 | 45,5 |
| Técnico | 5 | 15,2 |
| Profesional | 0 | 0 |
| TOTAL | 33 | 100 |

Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar barrio Edmundo López, Montería.

Se observa que en mayor número se encuentran las mujeres con una educación bachiller un 45,5%, seguido de educación primaria 27,3% y técnico 15,2% y por ultimo analfabetismo con 12,1%, sin datos de educación profesional. Tabla 3.

⁷² NOGUERA, C. S; MONLEÓN, A. H; RODRÍGUEZ, D. M; GONZÁLEZ, M. E. El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. Revista Española de investigaciones sociológicas, España, 2015.



Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar, barrio Edmundo López, Montería.

En la muestra predomina la edad de 50 - 69 años corresponde a la tercera edad o en transición a esta, son mujeres que en su juventud no se les garantizó el derecho a la educación, pudiendo ser éste, otro factor predisponente a sufrir algún grado de Depresión, como es descrito por Carvalho⁷³ “la Depresión aparece de forma más intensa, a aquellos pertenecientes a grupos vulnerables, como ancianos y sujetos de baja escolaridad”, por lo que podríamos decir que en la muestra el aspecto educativo favorece la aparición de Depresión, y como lo menciona Segura⁷⁴ en Antioquia - Colombia un estudio mostró que a menor grado de escolaridad mayor es la probabilidad de aparición de signos de Depresión. Figura 3.

⁷³ CARVALHO, I. G. Op. Cit.

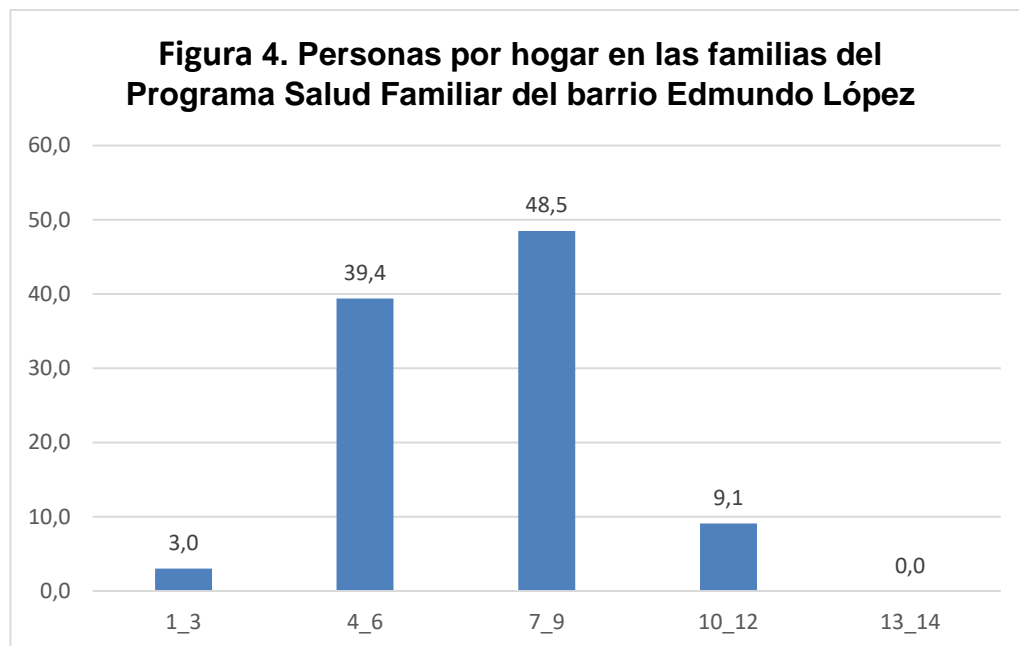
⁷⁴ SEGURA, A. Riesgo de Depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. Revista de Salud Pública, Colombia, 2012.

Tabla 4. Personas por hogar en las familias del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López

| N° DE PERSONAS POR HOGAR | N° | PORCENTAJE |
|---------------------------------|-----------|-------------------|
| 1 – 3 | 1 | 1,7 |
| 4 – 6 | 30 | 50 |
| 7 – 9 | 24 | 40 |
| 10 – 12 | 4 | 6,7 |
| 13 – 14 | 1 | 1,7 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar barrio Edmundo López, Montería.

En la tabla observamos que en la mayoría de las familias viven de 4 – 6 personas con un 50%, seguido de 7 – 9 personas 40%, en menor cantidad de 10 – 12 personas con 6,7%, de 13 – 14 personas y 1 – 3 personas con igual porcentaje 1,7%
Tabla 4.



Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar barrio Edmundo López, Montería.

Los datos obtenidos indican que el 48.5% de las familias tienen entre 7 - 9 integrantes y tan solo el 3% tienen entre 1 - 3 integrantes, creando así otro posible factor desencadenante de Depresión, ya que en vez de utilizarse la numerosidad como un factor protector que ayude a la familia a superar situaciones difíciles, utilizando como principal estrategia la comunicación asertiva, teniendo en cuenta que Pacheco⁷⁵, en su investigación demuestra la directa relación entre los factores de un ambiente familiar positivo y los sentimientos antidepresivos; se encuentra que son familias con Depresión en contraste con Vargas Murga, H. (2014)⁷⁶, encontró relación entre el tamaño de la familia (especialmente más de 5 miembros) y la presencia de ansiedad y depresión. Esto comparándolo con las cifras del DANE

⁷⁵ PACHECO. Op. Cit. p. 100.

⁷⁶ VARGAS MURGA, H. Op. Cit. p. 41.

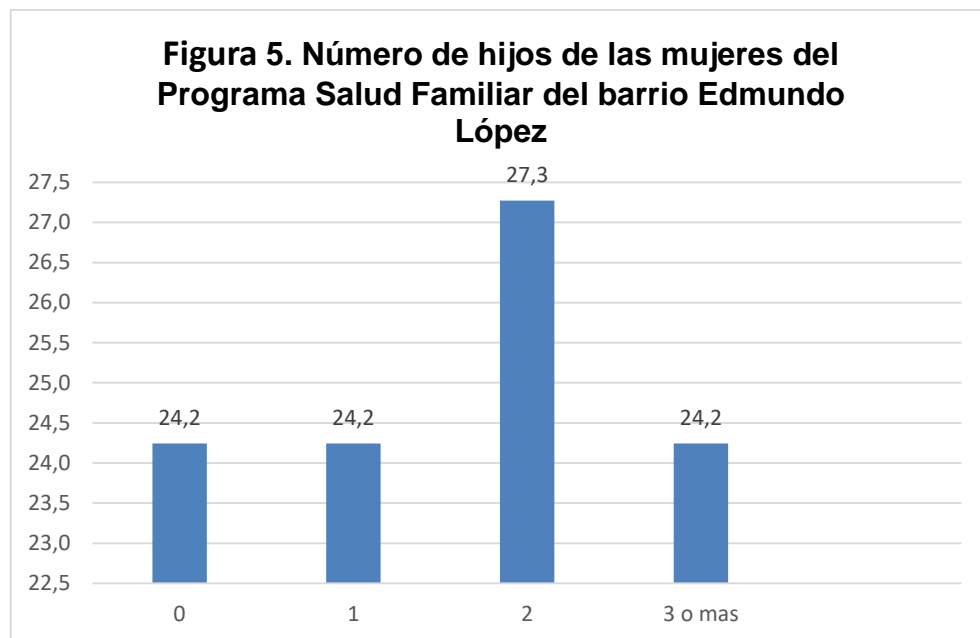
quien muestra que la región atlántica es en la que viven más personas por hogar más de 4 personas por vivienda. Figura 4.

Tabla 5. Número de hijos de las mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López

| NUMERO DE HIJOS | Nº | PORCENTAJE |
|-----------------|----|------------|
| 0 hijos | 8 | 24 |
| 1 hijo | 8 | 24 |
| 2 hijos | 9 | 28 |
| 3 o mas hijos | 8 | 24 |
| TOTAL | 33 | 100 |

Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar barrio Edmundo López, Montería.

En la anterior tabla observamos que el número del mujeres encuestadas se encuentra en porcentaje similarer, entre ellos se destaca mujeres con 2 hijos con un 28%, mujeres sin hijos, y con 1 hijo, 3 o más hijos con 24%. Tabla 5.



Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar barrio Edmundo López, Montería.

La grafica muestra que la presencia o no de hijos puede que no tenga una relación directa con la aparición de los síntomas de la Depresión puesto que presentaron el mismo número de mujeres con 1 y 3 o más hijos que las mujeres sin hijos, pudiendo no ser este unos de los factores asociados a la aparición de síntomas de la Depresión, además de esto las mujeres con 2 hijos que son quienes presentaron más depresión, concuerda con la encuesta DANE que dice que el número de hijos por madre es de 2,1 para el año 2015⁷⁷ siendo este grupo el más grande, contrario a lo que mencionan Matud, Guerrero y Matías⁷⁸, donde muestran que las mujeres con más de dos hijos son las que tienen mayor nivel depresivo. Figura 5.

⁷⁷ MINISTERIO DE SALUD. COLOMBIA. PROFAMILIA. Encuesta nacional de salud 2015. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>. Citado: 28/04/2018

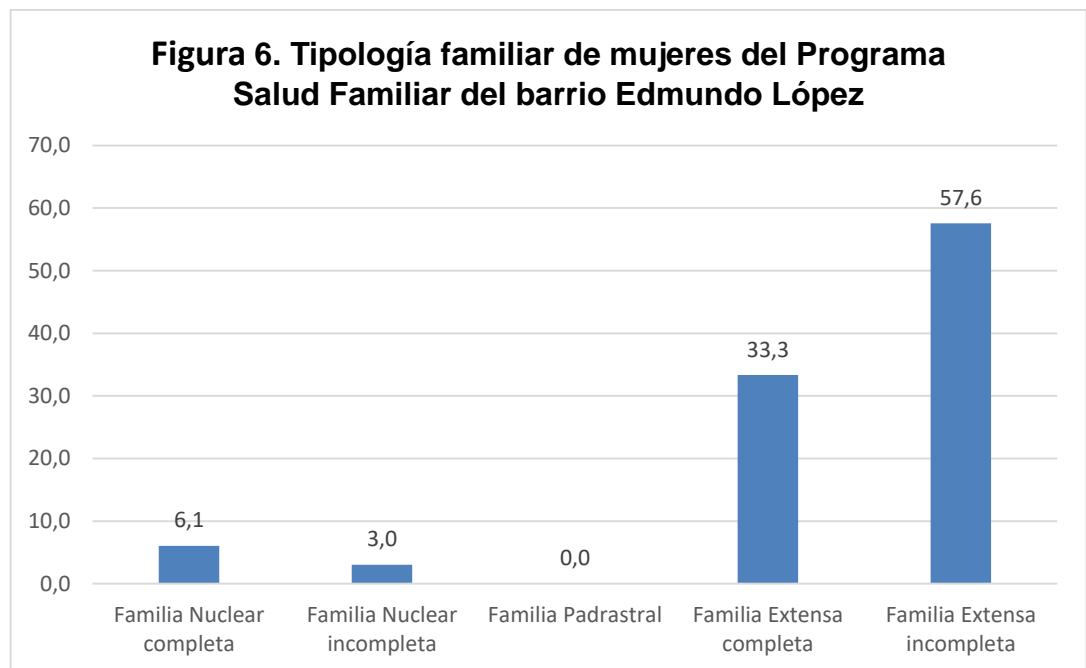
⁷⁸ MATUD, María Pilar; GUERRERO, Kenya y MATÍAS, Roberto G. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión Universidad de La Laguna, España. International Journal of Clinical and Health Psychology ISSN 1697-2600 2006, Vol. 6, Nº 1, pp. 7-21.

Tabla 6. Tipología familiar de mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López

| TIPOLOGÍA FAMILIAR | Nº | PORCENTAJE |
|----------------------------|-----------|-------------------|
| Familia Nuclear completa | 2 | 6,1 |
| Familia Nuclear incompleta | 1 | 3,0 |
| Familia Padrastral | 0 | 0,0 |
| Familia Extensa completa | 11 | 33,3 |
| Familia Extensa incompleta | 19 | 57,6 |
| TOTAL | 33 | 100 |

Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar barrio Edmundo López, Montería.

En la siguiente tabla vemos que la familia extensa incompleta y extensa completa son las que predominan con 57,6% y 33,3% respectivamente seguido de nuclear completa y nuclear incompleta con 6,1% y 3%, dejando de ultimo a la familia padrastral donde no se presentaron casos. Tabla 6.



Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar barrio Edmundo López, Montería.

En la siguiente grafica podemos observar como la distribución de las tipologías familiares de las mujeres encuestadas se distribuyen la mayoría en familias extensas incompleta y completa, son familias donde encontramos hasta 2 generaciones en convivencia, caso que difiere de lo mencionado por Barrientos⁷⁹ quien muestra en su trabajo un grupo de mujeres con Depresión la tipología familiar predominante en más de un 50% fue la nuclear completa. Consecuente a lo que se menciona el Departamento de Planeación⁸⁰ donde encontramos que en Colombia el tipo de familia dominante es la familia nuclear, llevándonos a que el tipo de familia

⁷⁹ BARRIENTOS ACOSTA, V; MENDOZA SÁNCHEZ, H. F; SAINZ VÁZQUEZ, L; PÉREZ HERNÁNDEZ, C; GIL ALFARO, I; SOLER HUERTA, E. Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. Archivos en Medicina Familiar Vol. 12 Núm. 3 Julio-Septiembre 2010. p. 69-76.

⁸⁰ OBSERVATORIO DE POLÍTICAS DE LAS FAMILIAS (OPF). Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993 – 2014 Documento de Trabajo No. 2016-1. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, Colombia. Noviembre de 2015.

extensa puede ser un factor determinante en la prevalencia de síntomas depresivos. Figura 6.

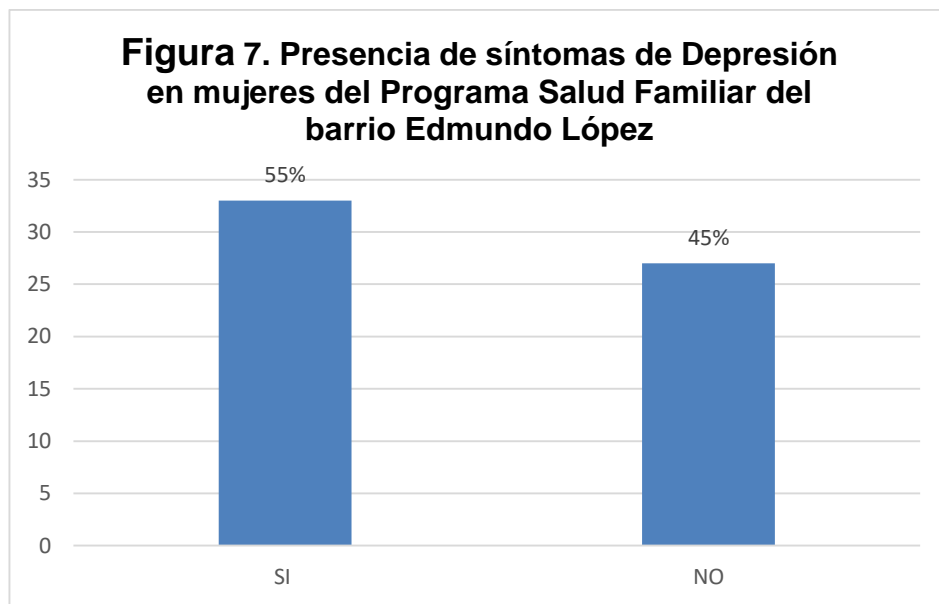
4.2 SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN - INSTRUMENTO SRQ (OMS)

Tabla 7. Presencia de síntomas de Depresión en mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López

| PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESION | N° | PORCENTAJE |
|---|-----------|-------------------|
| SI | 33 | 55 |
| NO | 27 | 45 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Fuente: Instrumento SRQ de OMS.

En el barrio Edmundo López el 55% de las mujeres presentaron síntomas de Depresión, siendo una cifra relevante ya que supera la mitad de la población, el 45% de mujeres no presentaron síntomas de Depresión. Tabla 7.



Fuente: Instrumento SRQ de OMS.

Los datos obtenidos muestran que más de la mitad de la muestra, presenta algún grado de depresión con un 55%. Lo que se podría relacionar con la investigación de Dio Bleichmar⁸¹, donde muestra que en todos los países en que se han realizado estudios estadísticos las cifras revelan uniformemente que las mujeres padecen el doble de Depresión, podemos interpretar que las mujeres padecen en mayor proporción de esta enfermedad, siendo una cifra alarmante como lo muestra el Ministerio de Salud⁸², donde se observó que la mayor proporción de personas atendidas por Depresión Moderada o Severa correspondió a mujeres en 2015, se requiere identificar los factores desencadenantes de esta enfermedad para intervenir de manera holística con apoyo de un grupo interdisciplinar, para garantizar su recuperación.

⁸¹ DIO BLEICHMAR, E. La depresión en la mujer. Revista de neuro psiquiatria. Madrid, 2010.

⁸² MINISTERIO DE SALUD. Boletín de salud mental. Op. Cit. p. 8.

Se debe realizar promoción y prevención en Salud Mental con el fin de evitar que éstas mujeres desarrollen la enfermedad. Figura 7.

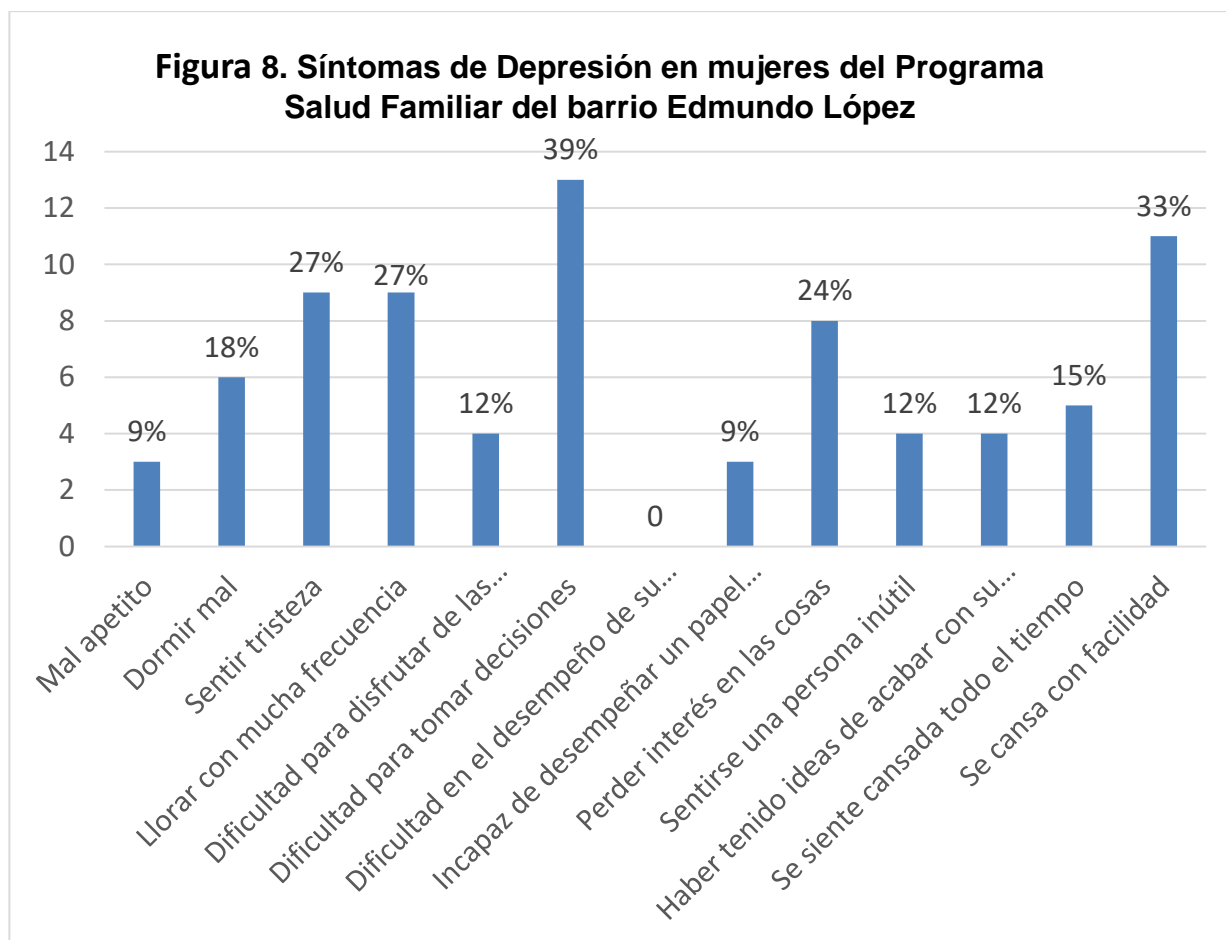
Tabla 8. Síntomas de Depresión en mujeres del Programa Salud Familiar del barrio Edmundo López

| SÍNTOMAS DE DEPRESION n=33 | N° | PORCENTAJE |
|--|-----------|-------------------|
| Mal apetito | 3 | 9 |
| Dormir mal | 6 | 18 |
| Sentir tristeza | 9 | 27 |
| Llorar con mucha frecuencia | 9 | 27 |
| Dificultad para disfrutar de las actividades diarias | 4 | 12 |
| Dificultad para tomar decisiones | 13 | 39 |
| Dificultad en el desempeño de su trabajo | 0 | 0 |
| Incapaz de desempeñar un papel útil en su vida | 3 | 9 |
| Perder interés en las cosas | 8 | 24 |
| Sentirse una persona inútil | 4 | 12 |
| Haber tenido ideas de acabar con su vida | 4 | 12 |
| Se siente cansada todo el tiempo | 5 | 15 |
| Se cansa con facilidad | 11 | 33 |

Fuente: Instrumento SRQ de OMS.

Los síntomas de Depresión son descritos en la tabla anterior donde se puede demostrar que los más comunes son: dificultad para tomar decisiones con un 39%; cansancio con facilidad con un 33%; sentir tristeza y llorar con frecuencia ambas

con un 27% ya que las mujeres afirmaron presentarlo. Las mujeres informaron que a pesar de esto NO tienen dificultad en el desempeño de su trabajo. Tabla 8.



Fuente: Instrumento SRQ de OMS.

En el barrio Edmundo López las mujeres presentaron síntomas de Depresión, y encontramos un alto porcentaje de mujeres presentando dificultad para tomar decisiones, siendo contrastable con Resende⁸³, ya que con relación a la capacidad de decisión, verificamos que un 20,5% de su población destacó la pérdida de

⁸³ RESENDE, C. y FERRAO, A. Op. Cit. p. 68.

capacidad de decisión. Es decir, que esta puede ser una de las primeras capacidades que se pierde cuando una mujer empieza a tener síntomas de Depresión.

El cansancio con facilidad difiere mucho con el resultado de Resende⁸⁴, donde un porcentaje de fatiga de un 21,4% sigue siendo importante tener en cuenta éste síntoma, ya que se presentó con mucha frecuencia.

Sentir tristeza y llorar con frecuencia ambas con un 27% destacamos que Resende⁸⁵ presenta resultados bastante similares un 20,5% presentaba algún tipo de tristeza y el 15,4% refería llanto fácil, lo cual demuestra que la persona desarrolla una sensibilidad volviéndose susceptible a desarrollar éstos dos síntomas.

Ninguna de las mujeres encuestadas se sienten inútiles para desempeñar su trabajo siendo contradictorio con Resende⁸⁶, quien evidencia un 36% de población que tienen una disminución en la capacidad para realizar su trabajo, lo que quiere decir que una mujer puede tener Depresión pero que esto no precisamente puede afectar directamente su desempeño cotidiano. Figura 8.

4.3 GRADO DE DEPRESIÓN - INSTRUMENTO SRQ (OMS)

⁸⁴ Ibíd. p. 68.

⁸⁵ Ibíd. p. 68.

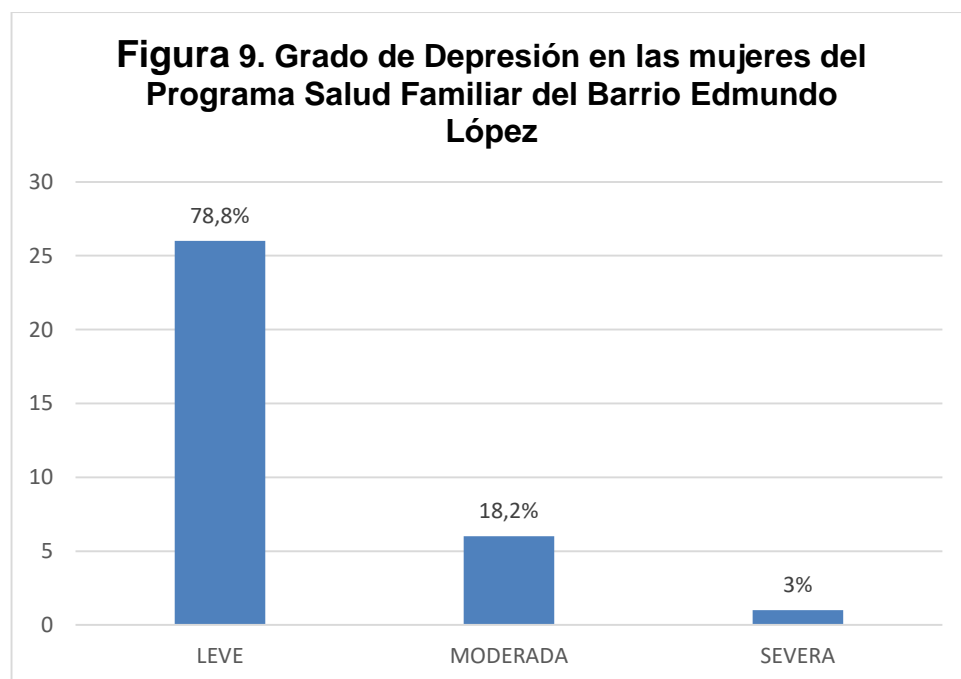
⁸⁶ Ibíd. p. 68.

Tabla 9. Grado de Depresión en las mujeres del Programa Salud Familiar del Barrio Edmundo López

| GRADO DE DEPRESION | N° | PORCENTAJE |
|--------------------|----|------------|
| Leve | 26 | 78,8 |
| Moderada | 6 | 18,2 |
| Severa | 1 | 3 |
| TOTAL | 33 | 100 |

Fuente: Instrumento SRQ de OMS.

Se evidencia en esta tabla que el 78,8% de las mujeres presentan Depresión Leve, el 18,2% Depresión Moderada y el 3% presentan Depresión Severa. Tabla 9.



Fuente: Instrumento SRQ de OMS.

Esta gráfica es de suma importancia ya que todas las mujeres presentaron Depresión, la mayoría Depresión Leve en contraste con Manios⁸⁷, quien determinó un 21,2% de mujeres con Depresión Leve, sin embargo, a pesar de ser un porcentaje bajo en su estudio, representa el mayor porcentaje con respecto a la Depresión Moderada y Severa; por lo tanto, se puede observar que se presenta con mayor frecuencia este nivel de Depresión.

Seguido de esto se evidencia Depresión Moderada contrastado con Manios⁸⁸, que reportó un 4% de mujeres con Depresión Moderada. El Ministerio de Salud⁸⁹ informó las cifras con respecto a 7 años de evolución donde la Depresión Moderada va en un aumento considerable, siendo en 2009 de 17.1% y en 2015 fue de un 36.5%; las mujeres son las más afectadas en un 74%.

En menor porcentaje se presentó Depresión Severa a diferencia de Manios⁹⁰, quien no presentó mujeres con Depresión Severa; sin embargo, el Ministerio de Salud en 2015 encontró que el 11.5% de las personas mostraron Depresión Severa, por lo anterior, es muy importante gestionar para que estas mujeres sean intervenidas lo más pronto posible, ya que la complicación más grave de éste tipo de Depresión es la ideación suicida y la muerte por suicidio, lo cual se debe evitar.

En Córdoba - Colombia 2015⁹¹, fueron atendidas 113 personas con Depresión, ésta cifra es alarmante ya que la tendencia es variante comparado con los años

⁸⁷ MANIOS VANEGAS, M. y ROSERO CAPERA, B. Op. Cit. p. 70.

⁸⁸ Ibíd. p. 70.

⁸⁹ MINISTERIO DE SALUD. Boletín de Salud Mental. Op Cit. p. 8.

⁹⁰ MANIOS VANEGAS, M y ROSERO CAPERA, B. Op. Cit. p. 70.

⁹¹ MINISTERIO DE SALUD. Boletín de Salud Mental. Op Cit. p. 9.

anteriores no podemos decir que aumentó o disminuyó porque las cifras que se presentan, dependiendo el año va en aumento o en descenso. Figura 9.

4.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

A. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- ✓ Pertenencia al sexo femenino
- ✓ Estrato o clase social baja
- ✓ Nivel educativo

B. PROBLEMAS SOCIALES (considerados desencadenantes)

- ✓ Separación matrimonial
- ✓ Status de divorciado
- ✓ Pertenencia a clases inferiores
- ✓ Inadecuada situación socioeconómica
- ✓ Inestabilidad laboral
- ✓ Vivir aislado del centro urbano
- ✓ Dificultades en el ámbito laboral o familiar
- ✓ Alta carga domestica
- ✓ Comunicación no asertiva en el hogar

(Fuente: Historia Clínica Familiar, Programa Salud Familiar barrio Edmundo López, Montería, 2018)

5. CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos obtenidos encontramos algunos factores que favorecen la aparición de los síntomas depresivos:

En la edad es donde se observa que los rangos más altos se centran entre los 50 a 69 años y 20 a 29 años con 36,4% y 33,3% respectivamente, de lo que se concluye que esta si es un factor determinante en la aparición de los diversos síntomas depresivos debido a las actividades que la persona realiza, presentándose múltiples cambios en aspectos físicos, sociales, familiares, entre otros, así como también se puede manifestar en edades de transición (10 a 29 años) cambios hormonales, inicio de una vida adulta, responsabilidades etc. Por otra parte entre los 50 a 69 años resulta ser una etapa en donde se ve evidenciado un sinnúmero de cambios dados al cambio de rol en el hogar, limitaciones en la capacidad laboral, bajos ingresos económicos asociados posiblemente a los cambios hormonales, que de no manejarse de la forma adecuada con la presencia de apoyo emocional, físico y psicológico por parte de la familia o personas cercanas, lleva a la persona a que entre en un estado de Depresión.

Otro factor importante es el nivel educativo donde se evidencia que las mujeres en su mayoría (72,8%) tienen un grado de escolaridad entre primaria y bachillerato, centrándose en las edades de vejez o de transición, por ello se puede interpretar que posiblemente son mujeres que no obtuvieron una educación adecuada reflejándose en limitantes del conocimiento ante la incapacidad de tener un cuidado propio y un desconocimiento de su estado de salud, convirtiéndose en un determinante esencial en la aparición de síntomas depresivos.

Existen diferentes factores que favorecen o no la aparición de los síntomas depresivos y actúan de forma conjunta, como lo es el número de personas que viven

en un hogar y su tipología familiar, donde las familias conformadas por 7 a 9 personas obtuvieron el mayor porcentaje con un 48,5%, lo cual se puede asociar con la existencia de una tipología familiar extensa completa y extensa incompleta, dado que se evidenció mayor prevalencia con 33,3% y 57,6%.

Con relacionan a los factores desencadenantes de Depresión se concluye que el hecho de convivir 2 generaciones en un mismo hogar con hijos y/o abuelos, eleva para la mujer la carga de responsabilidades, desempeñándose en un rol más amplio por el número de personas habitantes, porque tiene más actividades de las habituales, lo que generaría la aparición de síntomas depresivos.

Dentro de los diferentes factores que asociamos a la aparición de síntomas depresivos, concluimos que el número de hijos es un factor que predomina la presencia de estos, puesto que el estudio arrojó resultados importantes, en donde las mujeres con 2 hijos representaron el porcentaje más alto (27,3%) con síntomas de Depresión, y mujeres con 1,3 o más hijos representaron el 24,2%, en ambos casos se observa una relación entre el número de hijos y la aparición de síntomas depresivos, a mayor número de hijos, mayor porcentaje de Depresión.

Dado los factores que predisponen y facilitan la aparición de síntomas de Depresión, dentro de las familias y del hogar, llegamos a la conclusión que el porcentaje de mujeres que presentaron Depresión fue de 55% y las que no presentaron síntomas el 45% dando una relación 1:1,1.

Asimismo podemos asociar los factores y la existencia de síntomas depresivos con el grado de Depresión en que se encuentran las mujeres, puesto que un 78,8% presentó Depresión Leve, seguido de Depresión Modera con 18,2% y Severa 1%,

mostrando que a mayor número de factores influyentes en una mujer, se presentan mayores síntomas depresivos.

Dado los diferentes factores que se observan pueden de influir en la mujer en la aparición de síntomas depresivos, enfermería se ve en la necesidad de enmarcar su actuar en base al Modelo de Peplau, donde habla que el enfermero debe asumir diferentes roles, con una buena capacidad de asesoramiento, además de aplicar una buena red de apoyo lo que nos permitirá abordar de forma completa los diferentes escenarios con el personal necesario que podrían influenciar en la aparición de los síntomas depresivos.

- **FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS**

En la muestra se identificaron varios factores individuales, familiares y sociales que se han vinculado con la Depresión en la mujer.

Los factores individuales sociodemográficos como edad, escolaridad, estado civil, número de personas por hogar, tipología familiar, estrato socioeconómico, tienen influencia en la presencia de los trastornos depresivos en la mujer.

Así mismo, factores sociales como experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo separación matrimonial, status de divorciado, fallecimiento de seres queridos, pertenencia a clases inferiores, inadecuada situación socioeconómica, desempleo, soledad, cambios en el estilo de vida o problemas en las relaciones interpersonales.

En la valoración del Test SRQ se observa predominio de la dificultad para tomar decisiones, pensamientos negativos relacionados con percepciones de frustración e insatisfacción, fracasos e inadecuación personal, elevado nivel de sentimiento de desesperanza, al perder interés en las cosas. Síntomas físicos como cansancio con facilidad, sentir tristeza y llorar con frecuencia, llanto fácil, dormir mal, mal apetito; predomina la Depresión leve y moderada.

6. RECOMENDACIONES

Dado las anteriores conclusiones se hacen recomendaciones:

A la Universidad de Córdoba:

- Continuar con la expansión el Programa de Salud Familiar enfatizando en el cuidado de la salud mental de las mujeres.
- Suministrar más herramientas a los estudiantes y docentes, que les permita impactar en la salud mental de las comunidades vulnerables, para no solo quedar en el diagnóstico de salud mental.
- Coordinar acciones y actividades con entes gubernamentales para disminuir las enfermedades no transmisibles como la Depresión en la mujer.

A los estudiantes y docentes del Programa de Enfermería:

- Promover y desarrollar estrategias para mejorar el autocuidado de la salud de la mujer.
- Continuar investigando problemas de salud mental en las comunidades vulnerables.
- Fortalecer la educación en salud mental.
- Brindar cuidado y seguimiento de manera integral, como un aporte a la ciudad de Montería y a la región, para contribuir a mejorar los programas de promoción y prevención así como de detección temprana de alteraciones de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO CASTRO, Bárbara; MONTERO HERNÁNDEZ, Susana; ROMÁN RODRÍGUEZ DE TUDANCA, Nerea; RODRÍGUEZ PÉREZ, Laura y ROSIQUE ROBLES, Araceli. Habilidades terapéuticas del cuidador especialista en salud mental. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Las Enfermeras de salud mental y la exclusión social: hablando claro. Murcia, 2017.
- BARRIENTOS ACOSTA, V; MENDOZA SÁNCHEZ, H. F; SAINZ VÁZQUEZ, L; PÉREZ HERNÁNDEZ, C; GIL ALFARO, I; SOLER HUERTA, E. Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. Archivos en Medicina Familiar Vol. 12 Núm. 3 Julio-Septiembre 2010. p. 69-76.
- BECK, A. T. La evolución del modelo cognitivo de la depresión y sus correlatos neurobiológicos. Am J Psiquiatría. 2008;165(8):969-77.
- CALVETE, Esther. Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión. Universidad de Deusto, 2006.
- CARVALHO, I. G. Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares. Revista Latinoamericana de Enfermagem. Brasil, 2006.
- CERQUERA CÓRDOBA, A. M.; MELÉNDEZ MERCHÁN, C. Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. Pensamiento Psicológico. 2010;7(14), 63-71.
- CLIMENT, C. y ARANGO, M.V. Manual de Psiquiatría para trabajadores de atención primaria, OPS. Serie PALTEX No. 1, 1º ed. Washington 1983.
- COMISIÓN INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. Relatoría Sobre los derechos de las personas privadas de la libertad en las Américas. Resol. 46/119, de 17 diciembre 1991.
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR). México, 2012. Disponible en:

http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf. Citado 20/05/2018.

- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1122 de 2007. Bogotá. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1122007.pdf>. Citado: 20/05/2018.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA COLOMBIA. Ley 1616 del 21 de enero de 2013. "Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". Diario oficial. Bogotá, 2013.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1616 de 2013. Bogotá. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1616013.pdf>. Citado: 20/05/2018.
- DE RAEDT, R; KOSTER, E, H. Comprender la vulnerabilidad de la depresión desde una perspectiva de neurociencia cognitiva: una reevaluación de los factores atencionales y un nuevo marco conceptual. Cogn Affect Behav Neurosci. 2010;10(1):50-70.
- DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS. Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH). Depresión. División de Redacción Científica, Prensa, y Difusión. SP 09 3561 Modificado en enero del 2009. p. 7-8.
- DÍAZ L. Historia del barrio Edmundo López de Montería. Colombia, 2016. Disponible en: <https://leodiaz.gitbooks.io/edmundolopez/content/introduccion.html>. Citado 20/05/2018.
- DIO BLEICHMAR, E. La depresión en la mujer. Revista de neuro psiquiatria. Madrid, 2010.
- FLORES PACHECO, Selene; HUERTA RAMÍREZ, Yolanda; HERRERA RAMOS, Oswaldo; ALONSO VÁZQUEZ, Omar Fernando. Factores familiares y

religiosos en la Depresión en adultos mayores. Journal of Behavior, Health & Social Issues. Nov-2011/apr-2012, vol.3, n.2 DOI:10.5460/jbhsi.v3.2.30224

- FLORES VILLAVICENCIO, María Elena; CERVANTES CARDONA, Guillermo Alonso; González PÉREZ, Guillermo Julián; Vega LÓPEZ, María Guadalupe; Valle BARBOSA, María Ana. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. Revista de Psicología da IMED. 2012;4(1), 649-661.
- GARAY, J. C. Niveles de presión autoestima y estrés en mujeres que tiene un trabajo remunerado y mujeres que no tienen un trabajo remunerado (amas de casa), Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. 2005.
- GATÓN MORENO, M. A.; GONZÁLEZ TORRES, M. Á.; GAVIRIA, M. Trastornos afectivos estacionales, "Winter blues". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2015;35(126), 367-380.
- GUERRERO MONZÓN, Silvia Karina. Depresión en mujeres de 35 a 50 años. Centros de atención a la mujer de Retalhuleu. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicóloga. Universidad Rafael Landívar Facultad de Humanidades Campus de Quetzaltenango. Quetzaltenango, 2014.
- GUERRERO, S. K. Depresión en mujeres de 35 a 50 años. Estudio realizado en Centros de Atención a la Mujer en Retalhuleu. Tesis de Licenciada en Psicología, Universidad Rafael Lindívar. Quetzaltenango, 2014.
- HARDING, TW. SRQ Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos (Self Reporting Questionnaire). Washington, 1980.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD MENTAL Las mujeres y la depresión descubriendo la esperanza. Estados unidos, 2011. Disponible en línea https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/file_141976.pdf Citado: 28/04/2018
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Salud mental del anciano. Identificación y cuidados de los principales trastornos. [Internet]. Disponible en: www.insp.mx/geriatria/acervo/pdf/saludmental.pdf. Citado:18/02/2018

- JOSUÉ DÍAZ, Lídice; TORRES LIO-COO, Vladimir; URRUTIA ZERQUERA, Eugenio; MORENO PUEBLA, Reynol; FONT DARÍAS, Ileana y CARDONA MONTEAGUDO, María. Factores psicosociales de la depresión. Ciudad de La Habana, Cuba, 2006. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_3_06/mil09306.htm Citado: 24/02/2018
- LÓPEZ JIMÉNEZ, M. T; BARRERA, M. I; CORTÉS, J. F; METZI, M. J. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y sus familiares. Salud Mental. 2011; 34:111-120.
- MANIOS VANEGAS, M. A. y ROSERO CAPERA, B. N. Manifestaciones y grados de depresión en un grupo de adolescentes de una Institución Educativa Distrital, de la localidad de Suba. Tesis. Facultad de Enfermería. Bogotá, 2011.
- MATUD, María Pilar; GUERRERO, Kenya y MATÍAS, Roberto G. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión Universidad de La Laguna, España. International Journal of Clinical and Health Psychology ISSN 1697-2600 2006, Vol. 6, N° 1, pp. 7-21.
- MEDICINATV. La Depresión es tres veces más frecuente en la mujer que en el hombre por causas hormonales y factores sociales de género. Disponible en: <https://www.medicinatv.com/profesional/reportajes/la-depresion-es-tres-veces-mas-frecuente-en-la-mujer-que-en-el-hombre-por-causas-hormonales-y-factores-sociales-de-genero-2755>. Citado: 20/05/2018.
- MEDINA SERDÁN, Erica. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatología y reproducción humana. 2013;27(3), 185-193. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-533720130003000008&lng=es&tlng=pt. Citado:20/05/2018
- MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 008430 de octubre de 1993. Bogotá. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>. Citado: 20/05/2018.

- CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004 (octubre 5). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Bogotá, 2004
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres. Bogotá, 2011. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/12.guia-salud-mental-emergencias.pdf>. Citado: 29/03/2018
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Ley 1438 de 2011, art. 65. Bogotá. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf. Citado: 20/05/2018.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Ley 1616 de 2013. Gestión integrada para la salud mental en Colombia. Bogotá, 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/gestion-integrada-para-la-salud-mental.aspx>. Citado: 18/02/2018
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. COLCIENCIAS. Guía de práctica clínica No. 22 de 2013. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. ISBN: 978-958-57937-9-8. p. 55-60. Bogotá, Colombia, abril de 2013.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. Bogotá. 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>. Citado: 20/05/2018.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. COLOMBIA. PROFAMILIA. Encuesta nacional de salud 2015. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%201.pdf>. Citado: 28/04/2018

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD MENTAL DE COLOMBIA (ONSM). Guía Metodológica Actualización. Indicadores de Salud Mental. Reglamentación de la Ley 1616 de 2013, Artículo 32. Bogotá, enero de 2017.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Boletín de salud mental. Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Bogotá - Colombia, marzo de 2017.
- NOGUERA, C. S; MONLEÓN, A. H; RODRÍGUEZ, D. M; GONZÁLEZ, M. E. El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. Revista Española de investigaciones sociológicas, España, 2015.
- OBSERVATORIO DE POLÍTICAS DE LAS FAMILIAS (OPF). Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993 – 2014 Documento de Trabajo No. 2016-1. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, Colombia. Noviembre de 2015.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación Suiza, 2006. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf Citado 20/05/2018.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Centro de Prensa, Notas descriptivas; Depresión. Washington, Febrero 2017. Disponible en <http://www.who.int>. Citado:18/02/2018
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Salud mental: un estado de bienestar. 2017. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/. Citado: 23/03/2018
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Temas de salud, Depresión. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>. Citado: 18/02/2018

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. World Health Organization. Washington, 2006.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria; Instrumento SRQ. p 93. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3287/Manual%20de%20psiquiatria%20para%20trabajadores%20de%20atencion%20primaria%201.pdf?sequence=1>. Citado: 20/05/2018
- PANIAGUA SUÁREZ, Eugenio; GONZÁLEZ POSADA, Carlos Mauricio; OCHOA VARGAS, Sandra Milena. Sintomatología depresiva y su asociación con factores individuales y familiares en adolescentes escolarizados 2010. Trabajo de grado para optar por el título de profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Universidad de Antioquia. Medellín, 2010.
- PÉREZ, C. L. Características clínicas de la Depresión en hombres: prevalencia y factores asociados. 2014.
- PÉREZ, Milena A. Estructura y funcionalidad de la familia en la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Atención primaria. 2007; 39 (2): 61-7.
- PORCELLI, S; FABBRI, C; SERRETTI, A. Metaanálisis de la asociación del polimorfismo del promotor del gen transportador de serotonina (5-HTTLPR) con la eficacia antidepressiva. Eur Neuropsychopharmacol. 2012; 22 (4): 239-58.
- POSADA, J; TORRES, Y; CALDERÓN, H; ROJAD, M. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Colombia, 1993. Carrera Séptima Ltda. Bogotá, 1994. [Internet]. Disponible en: http://onasm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf. Citado 19/05/2018
- POSADA, J; GÓMEZ, L. F; GÓMEZ, L. C. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. Bogotá, 2005. [Internet] Disponible en:

http://onasm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf.

Citado 19/05/2018

- RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en Enfermería. Hildegard E. Peplau. Teoría Psicodinámica a. 8ª Edición. ISBN: 9788490227275 Editorial: S.A. Elsevier España, 2014. 744 p.
- RAMOS, M. F.; URIBE, M. O. Hormonas gonadales y depresión en la perimenopausia. Rev Colomb Psiquiatr. 2008;37(2),236-46.
- RESENDE, C. y FERRAO, A. La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad. Rev Pediatr Aten Primaria [online]. 2013, vol.15, n.58. pp.127-133. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1139-7632. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000200004>. Citado: 07/05/2018.
- SEGURA, A. Riesgo de Depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. Revista de Salud Pública, Colombia, 2012.
- SERRA TAYLOR, José A; IRIZARRY ROBLES, Carol Y. Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. Acta Colomb. Psicol. 2015;18(1):125-134. Disponible en: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>. Citado: 20/05/2018
- SUÁREZ, M. T. Estados de Ansiedad, Depresión y factores relacionados en la población adulta inmigrante latinoamericana en Canarias. SEMERGEN, Centro de Salud Añaza, Tenerife, España, 2011.
- THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH). Depresión. Washington, 2009. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf. Citado:24/02/2018

- TOBÓN M., Flor Ángela. La salud mental: una visión acerca de su atención integral. Medellín, 2005. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v23n1/v23n1a13.pdf>. Citado: 24/02/2018
- TORRES, Y; BAREÑO, J; SIERRA, G; MEJIA, R; BERBESI, D. Indicadores de situación de riesgo de salud mental población desplazada Colombia. Revista del Observatorio Nacional de Salud Mental. 2011;1:28-38.
- URREGO, D. y COCOMA, J. Por la salud mental. Rev Salud Pública., Bogotá, 1991, pp. 1.
- VARGAS MURGA, H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Revista Médica Herediana. 2014:25(2), 57-59.
- VELÁZQUEZ, R. P. Estudio del estado de ánimo de las mujeres obesas de 30 a 45 años usuarias del método anticonceptivo hormonal trimestral en el Centro de Salud La Esperanza, Ciudad de México, 2008.
- VIDARTE CLAROS, José Armando et al. Hacia la promoción de la salud. Enero - junio 2011. Volumen 16, No.1, p. 202 – 218.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: WHO, 1994.

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Resolución 008430 del Ministerio de Salud)

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: FACTORES INFLUYENTES EN TRASTORNOS DEPRESIVOS EN MUJERES DEL BARRIO EDMUNDO LOPEZ 2018

OBJETIVO DE ESTUDIO: Identificar los factores que influyen en los trastornos depresivos en la mujer con la aplicación del instrumento SRQ de la OMS en el barrio Edmundo López de Montería en 2018.

Información sobre la Participación: Usted está siendo convidado (a) a participar en una encuesta, tendiente a identificar las prácticas utilizadas por usted relacionadas con el cuidado de su salud y la participación de su familia en el proceso de cuidado.

Los principios que serán aplicados a todos los participantes de este estudio serán los siguientes: 1) Su participación es totalmente voluntaria, 2) Usted, puede salir del estudio en cualquier momento que lo desee; 3) Después de leídas las explicaciones usted podrá hacer cualquier pregunta necesaria que le permita entender la naturaleza del estudio.

Procedimientos a Seguir: Se le realizará una encuesta directa que evalúa aspectos psicosociales en adolescentes.

Confidencialidad: La privacidad de las informaciones será garantizada por los investigadores del estudio y su utilización obedecerá estrictamente a objetivos científicos. Los sujetos que participen en esta investigación tendrán acceso a la información generada por la misma. Si usted no entendió alguna parte de este documento, pregunte al investigador antes de firmar.

Reconozco el recibimiento de este acuerdo constituido por un consentimiento informado y acepto participar en este estudio.

Firma del participante

Fecha

Firma del investigador

Fecha

ANEXO B. ENCUESTA

FACTORES INFLUYENTES EN TRASTORNOS DEPRESIVOS EN MUJERES DEL BARRIO EDMUNDO LOPEZ 2018

Objetivo: Identificar los factores que influyen en los trastornos depresivos en la mujer con la aplicación del instrumento SRQ de la OMS en el barrio Edmundo López de Montería en 2018.

FECHA: Día___ Mes___ Año___ Barrio: _____

1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

- Edad: ___ años.
- Estado civil: Soltero/a___ Casado/a ___ Unión libre ___ Viudo/a___
- Nivel educativo: Primaria incompleta PI___ Primaria completa PC___
Bachillerato incompleto BI___ Bachillerato completo BC___
Técnica___ Universitaria___
- Personas por hogar: 1 a 3: ___ 4 a 6: ___ 7 a 9: ___ 10 a 12: ___ 13 a 14: ___
- Número De Hijos: 0: ___ 1: ___ 2: ___ 3 o más: ___
- Tipología familiar: Familia Nuclear completa ___ Familia Nuclear incompleta ___
Familia Padrastral ___ Familia Extensa completa ___ Familia Extensa incompleta ___

2. EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

SRQ CUESTIONARIO DE AUTO REPORTAJE DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS (SELF REPORTING QUESTIONNAIRE)

| SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN | SI | NO |
|-----------------------|----|----|
|-----------------------|----|----|

| | | |
|---|--|--|
| 1. ¿Tiene mal apetito? | | |
| 2. ¿Duerme mal? | | |
| 3. ¿Se siente triste? | | |
| 4. ¿Llora usted con mucha frecuencia? | | |
| 5. ¿Tiene dificultades para disfrutar de sus actividades diarias? | | |
| 6. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | | |
| 7. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? | | |
| 8. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | | |
| 9. ¿Ha perdido el interés en las cosas? | | |
| 10. ¿Siente que usted es una persona útil? | | |
| 11. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | | |
| 12. ¿Si siente cansado todo el tiempo? | | |
| 13. ¿Se cansa con facilidad? | | |

Fuente: Tomado de Instrumento SRQ de OMS.

Para la puntuación se tiene en cuenta los ítems con respuesta "SI":

- ✓ De 1 a 3: Depresión leve
- ✓ De 4 a 6: Depresión moderada
- ✓ De + de 6: Depresión severa
- Síntomas de Depresión Sí ____ No ____
- Grado de Depresión: Depresión leve ____ Depresión moderada ____ Depresión severa

¡¡¡¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!!